



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



2.º Mestrado em Enfermagem Comunitária

Área de especialização em enfermagem Comunitária

Unidade Curricular Estágio e Relatório

Docentes: Prof.ª Dra. Maria Filomena Martins

Prof. Dr. Mário Martins

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO: EDUCAÇÃO SEXUAL  
NOS JOVENS DO 8º 9º E CEF  
ESCOLA BÁSICA 2,3 CRISTOVÃO FALCÃO E MOU-  
ZINHO DA SILVEIRA, PORTALEGRE**

Discente:

Ana Henriques n.º 14916

Professor orientador:

Mário Martins

**Fevereiro**

**2013**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre

2.º Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Área de especialização em enfermagem Comunitária  
Unidade curricular Estágio e Relatório  
Professor orientador: Mário Martins  
Docentes: Prof.ª Dra. Maria Filomena Martins  
Prof. Dr. Mário Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: EDUCAÇÃO SEXUAL NOS JOVENS DO 8º 9º E CEF  
ESCOLA BÁSICA 2,3 CRISTOVÃO FALCÃO E MOUZINHO DA SILVEIRA, PORTALEGRE

*Ana Henriques n.º 14916*

*Trabalho desenvolvido no âmbito da  
Unidade curricular Estágio e Relatório do  
2.º Mestrado em Enfermagem comunitária  
Para obtenção de grau de mestre em  
Ciências da enfermagem.*

**Fevereiro**

**2013**

*“Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém  
Tenho liberdade p'ra viver  
A minha vida mal ou bem.  
Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém.  
O que escolho fazer hoje  
Vou vivê-lo amanhã”.*

Sara Tavares

### **Agradecimento**

Aos meus familiares que no decorrer deste período tiveram a disponibilidade mental e emocional para me apoiarem, em especial ao meu marido que muitas vezes teve que assumir o meu papel.

A todos os meus colegas de mestrado que apesar de sentirem as mesmas dificuldades nunca se escusaram a apoiar.

Aos professores Ph.D. Filomena e Ph.D. Mário Martins, sempre dispostos e disponíveis para os esclarecimentos necessários, sem eles, o esforço desta etapa seria sem dúvida mais penosa e muito menos proveitosa.

## **RESUMO**

A enfermagem tem um papel importante como agente educativo, e é por isso uma força necessária no atual panorama da saúde, em que os fatores de risco, são uma realidade crescente e uma preocupação. A promoção da saúde é o foco de atenção dos enfermeiros, e uma necessidade em cuidados de saúde, com particular destaque na prevenção de comportamentos de risco. O presente documento reflete o trabalho desenvolvido no estágio com recurso à Educação para a Saúde numa comunidade educativa, em Portalegre, através do projeto "Educação sexual", apresenta ainda o desenvolvimento metodológico da prática baseada na análise reflexiva do que se entende como intervenção de enfermagem.

Como resultados da implementação do projeto destacam-se: a totalidade dos adolescentes refere a ser importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência. Todos os adolescentes fazem uma apreciação positiva em relação os meios utilizados, a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, ao domínio dos temas por parte dos formadores e ao esclarecimento de dúvidas. O último domínio avaliado foi os conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre a temática, todos admitem a adolescência como uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

No que respeita aos afetos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor, carinho, amizade, confiança, sexo, beijos, intimidade, prazer e o respeito como os mais importantes. Sublinha-se porém, que nas respostas há indícios de uma experiência pouco positiva em relação à sexualidade. Apesar da maioria dos jovens responde acertadamente acerca das questões relacionadas com os meios contracetivos. Há ainda cerca de 10% com dúvidas e um grande número que não responde. Através dos resultados da intervenção foi possível a perceção da importância da enfermagem a nível da educação para a saúde. O recurso ao planeamento em saúde permitiu enriquecer o mesmo, complementando a prática diária com a prática reflexiva.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação sexual; promoção de saúde

## **ABSTRACT**

Nursing has an important role as educator, and is therefore a necessary force in the current panorama of health, in which risk factors are a reality and a growing concern. Health promotion is the focus of attention of the nurses, and a need for health care, with particular emphasis on prevention of risk behaviors. This document reflects the work on stage using the Health Education in the educational community in Portalegre, through the project "Sex Education," also presents the methodological development of practice based on reflective analysis of what is meant by nursing intervention. As a result of project implementation include: all adolescents referred to the important and frequently participate in training on sexuality and adolescence. All teenagers make a positive assessment regarding the means, the quality of interaction between trainers and trainees, the domain of the issues by the trainers and answering questions. The latter area was assessed knowledge acquired by students on the theme; all admit adolescence as a stage of life characterized by freedom and responsibility.

Regarding affections involving sexuality identifies the generality of young love, affection, friendship, trust, sex, kissing, intimacy, pleasure and respect as the most important. It should be noted however, that the answers are no indications of a little positive experience regarding sexuality. Although the majority of young people answered correctly on the issues related to the means of contraceptives. There are still about 10% with doubts and a large number unresponsive through the results of the intervention was possible the perception of the importance of nursing within the health education. The use of health planning enriched the same, complementing the daily practice with reflective practice

Keywords: Nursing, Education sexual health promotion.

## **Abreviaturas e símbolos**

1.<sup>a</sup> – Primeira

1.<sup>o</sup> – Primeiro

2.<sup>o</sup> – Segundo

3.<sup>o</sup> – Terceiro

7.<sup>a</sup> – Sétima

N.<sup>o</sup> – Número

APAV- Associação de Apoio à vítima

CEF- Curso de Educação e Formação

CF- Cristóvão Falcão

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESMS- Escola Secundaria Mouzinho da Silveira

GTES- Grupo de Trabalho Educação Sexual

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Mouzinho da Silveira

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
1.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	13
1.2 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	17
<b>1.2.1. Modelo de teoria orientador da prática de educação .....</b>	<b>20</b>
1.3 ADOSCÊNCIA E SEXUALIDADE .....	21
<b>1.3.1 Cuidar o adolescente .....</b>	<b>27</b>
<b>2. INTERVENÇÃO, DESCRIÇÃO E ANÁLISE .....</b>	<b>30</b>
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	30
2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	31
2.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....	35
2.4 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	36
2.5 DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS .....	38
2.6 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO / EXECUÇÃO .....	39
2.7 AVALIAÇÃO .....	41
<b>2.7.1 Discussão e análise .....</b>	<b>69</b>
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO .....</b>	<b>73</b>
CONCLUSÃO .....	79
BIBLIOGRAFIA.....	82
APÊNDICES.....	89
Apêndice I - <b>cronograma</b> .....	90
Apêndice II - <b>Horário das sessões de educação</b> .....	92
Apêndice III – <b>Plano de Sessões</b> .....	94
Apêndice IV - <b>Folheto</b> .....	96
Apêndice V – <b>CD sessão tipo</b> .....	99
Apêndice VI - <b>Questionário de avaliação</b> .....	101
ANEXOS.....	103
<b>ANEXO I - Letra da música escolhas Sara Tavares .....</b>	<b>104</b>

## **Índices das Tabelas**

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação .....	43
Tabela 2 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência.....	43
Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados..	44
Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados ...	44
Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida...	45
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados.....	46
Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas .....	46
Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência .....	47
Tabela 9 – Afetos envolvidos na sexualidade .....	47
Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez” .....	49
Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST” .....	50
Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação .....	51
Tabela 13 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência.....	51
Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados	52
Tabela 15 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados .	53
Tabela 16 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida.	53
Tabela 17 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados .....	54
Tabela 18 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas .....	54
Tabela 19 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência ...	55
Tabela 20 – Afetos envolvidos na sexualidade .....	56
Tabela 21 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez” .....	57



Tabela 22 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”.....	58
Tabela 23 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação MS .....	59
Tabela 24 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados MS .....	59
Tabela 25 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados MS .....	60
Tabela 26 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida MS .....	60
Tabela 27 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados MS .....	61
Tabela 28 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas MS .....	62
Tabela 29 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência MS .....	63
Tabela 30 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”MS.....	63
Tabela 31 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”MS .....	64
Tabela 32 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação CF .....	65
Tabela 33 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados CF .....	65
Tabela 34 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados CF .....	66
Tabela 35 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida CF .....	66
Tabela 36 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados CF .....	67
Tabela 37 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas CF .....	67
Tabela 38 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência CF .....	68
Tabela 39 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez” CF .....	68
Tabela 40 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”CF .....	69

## **INTRODUÇÃO**

A Unidade Curricular Estágio e Relatório, decorreu no 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de saúde de Portalegre, a sua finalidade consiste em promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através do autoformação e reflexividade sobre a prática. O presente documento visa a apresentação do resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, com a respetiva análise, fundamentação, crítica e visibilidade. Tem por base a metodologia do planeamento em saúde que norteia as funções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Foram definidos como objetivos gerais:

Desenvolver competências no âmbito da prática no planeamento em saúde.

Enquadrar conhecimentos numa lógica de enfermagem avançada.

Descrever e refletir sobre as intervenções realizadas e que conduzem a resultados sensíveis relevantes para a qualidade aos cuidados de enfermagem.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

Analisar criticamente o contexto da prática.

Converter situações-problema em foco de reflexão sobre a prática.

Tendo em conta a globalização atual, é exigido ao enfermeiro comunitário desenvolver capacidades no sentido da conceptualização da pluralidade humana tendo em vista o desenvolvimento da sua atividade diária contextualizada em projetos que visem sobretudo a prevenção, com conseqüente melhoria na qualidade de vida da pessoa.

“O exercício profissional do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária centra-se na relação interpessoal entre si e o indivíduo, ou entre si e um grupo de indivíduos (família ou comunidades).” Designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Regulamentonº128/2011 in DR nº 35,2ª Serie, de 18 de fevereiro)

Neste sentido, insere-se num contexto de atuação multiprofissional, no qual o planeamento em saúde é um dos seus pilares

“Assim, evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” (DR, 2ª série 2011).

As escolas em parceria com o Ministério de Saúde devem adotar estratégias de modo a promover a saúde, prevenir a doença através de ações que devem ocorrer durante o ano letivo. A OMS preconiza que até 2015 cerca de 95% dos alunos devem frequentar escolas promotoras de saúde.

Quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada, pouco tempo depois do fim da Segunda Guerra Mundial, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso aos sistemas de saúde, entre outros.

A OMS definiu sexualidade como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e às vezes amor. O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo e depende de cada um, das suas características genéticas, interações ambientais, condições socioculturais e outras, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e no idoso.

A adolescência pode ser considerada como a fase das dúvidas, das descobertas e é também a altura que os futuros adultos se deparam com os maiores problemas relativamente à descoberta da sua sexualidade.

Segundo o Guia para o Desenvolvimento de Políticas sobre Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Europa (2010:10) – A população jovem dos nossos dias enfrenta crescentes pressões face ao sexo e à sexualidade, incluindo mensagens e normas antagónicas. Por um lado, a sexualidade é retratada em muitas instâncias (exemplo: alguns tipos de educação sexual, dados e mensagens informativas sobre saúde) como negativa e associada à culpa, ao medo e às doenças; e por outro, é retratada como positiva e desejável pelos pares e excessivamente enfatizada e por vezes distorcida nos *media*. Estas pressões podem ser exacerbadas pela exposição a informações enganosas ou incorretas, uma falta de capacidades e de consciência dos seus direitos, e pelas expectativas com base no género. Quer existam ou não relações sexuais, os e as jovens devem sentir-se confortáveis com o seu corpo, sexualidade e identidade sexual, de igual forma, devem ser capazes de se Auto

protegerem e sentirem seguros e protegidos pelo ambiente à sua volta. Neste sentido, o enfermeiro de saúde pública e comunitária assume um papel muito importante.

A educação para a saúde sexual e reprodutiva é uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde, (PNS, 2004-2010), ainda em vigor em 2012, vindo reforçar estas orientações existentes o PNS 2011-2016, refere-se os profissionais de saúde como uma forma conjugada e integrada em equipa, em que as “políticas saudáveis deverão promover uma cultura de saúde como um capital social em todos os contextos e atividades, privilegiando a qualidade de vida, a equidade, a redução de desigualdades sociais e as competências individuais e sociais”. (PNS, 2011-2016, p.18)

Tendo presente os conceitos anteriormente referidos, foi desenvolvido um projeto, de intervenção em educação para a saúde na área da educação sexual o qual pretendeu promover a saúde dos jovens, tendo sido definido como objetivo geral.

Dotar os jovens, alunos do 8º, 9º e CEF da escola E B 2,3 Cristóvão falcão e escola secundária Mouzinho da silveira em Portalegre, de competências que lhes permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade, através de sessões de educação que a realizar em Abril de 2012

Como objetivos específicos pretendeu-se que os alunos no final das sessões de educação de 90 minutos sejam capazes de:

Compreender a importância das relações íntimas do desenvolvimento de cada um

Identificar características associadas ao género masculino e feminino

Identificar as diversas formas de violência e de abuso sexual

Reconhecer situações de abuso sexual, as estratégias dos agressores e identificar soluções

Identificar as implicações da gravidez na adolescência: aspetos sociais e Individuais

Conhecer o enquadramento legal da Interrupção voluntária da gravidez

Conhecer as IST mais frequentes e os modos de transmissão de cada uma delas

Conhecer os serviços adequados e os recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva

Trata-se de um projeto promovido em colaboração entre as escolas secundárias e a ESSP, o mesmo compreende a realização de sessões interativas de educação para a saúde

de, em que seis foram realizadas nas instalações da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e cinco na Escola Cristóvão Falcão. As turmas selecionadas têm idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. As escolas promotoras do projeto, deram a sua colaboração, facultando os recursos materiais, nomeadamente as salas e os meios audiovisuais, nos recursos humanos, integram-se os docentes das escolas, os alunos do II mestrado em enfermagem da ESSP, os professores do mestrado. Os conteúdos abordados foram: Afetividade e Mitos, Violência no Namoro, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Meios Contraceptivos e Gravidez na Adolescência. A escolha dos temas teve por base o diagnóstico de situação e os temas sugeridos pelos docentes das escolas podendo no entanto ser alterado o alinhamento de acordo com as necessidades de formação identificadas pelo grupo de pessoas e pela envolvência dos alunos nos diferentes temas.

Foi liderado pelos docentes das escolas, bem como pelos docentes da disciplina de enfermagem comunitária a Professora Filomena e o Professor Mário Martins.

Seguindo uma metodologia descritiva, e com recurso às várias etapas do planeamento em saúde, o documento inicia com o enquadramento teórico seguido do diagnóstico de situação que serviu de base à elaboração do projeto, análise e reflexão da intervenção recorrendo às várias etapas do planeamento. No último capítulo apresenta-se uma análise reflexiva do estágio, considerando a diversidade e singularidade das situações, numa perspetiva de recolha de contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Conhecer a realidade para melhor intervir, bem como os vários fatores que nela interferem é o grande objetivo do planeamento em saúde, e, por isso, torna-se num meio auxiliar na tomada de decisões em saúde, permite racionalizar os recursos de saúde, é um dos elementos-chave do processo de gestão na prestação de cuidados à população. É através de um planeamento em saúde bem concebido e eficaz que se poderá obter uma boa eficiência, pois há uma melhor redistribuição dos recursos, podendo assim, criar estratégias de intervenção que permitam favorecer todo o tipo de população.

Existem diferentes tipos de tipologia de planeamento em saúde, revestindo-se o seu interesse em “fornecer ao planificador as bases teóricas que lhe permitam compreender o sistema social e institucional em que está inserido, podendo assim, adaptar-se aos constrangimentos e às possibilidades que se lhe deparam.” (Tavares, 1990:31)

Refere o autor citando Pineault e Daveluy, em 1986, que das quatro tipologias de classificação do planeamento, uma delas realiza-se segundo o seu nível. Dado que o alvo de abordagem do presente trabalho é o Plano Nacional Português de Saúde, este considera-se um planeamento normativo, pois “(...) aborda a orientação geral de um organismo; traduz-se por uma política que trata as grandes orientações a seguir, diz respeito sobretudo, a (...) um governo e seus ministérios, embora possa exercer-se a qualquer nível – Central, Regional e Local.” (Tavares, 1990:31)

Neste contexto, o Planeamento em Saúde é um meio auxiliar na tomada de decisões em saúde, pois permite racionalizar os recursos de saúde, ou seja, é um dos elementos-chave do processo de gestão de prestação de cuidados à população. “Subjacentes ao planeamento em saúde encontram-se dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência”. (António Tavares, 1990:14)

O autor refere que é na fase da definição das prioridades que se torna mais claro o princípio da equidade na distribuição de recursos, sendo nesta fase, que qualquer projeto de planeamento em saúde deve optar pelas áreas de intervenção e pela comunidade ou grupo populacional a abordar, segundo os problemas de saúde identificados previamente no diagnóstico da situação feito. É na fase da seleção de estratégias, defende o autor, que se encontra mais evidente o princípio da eficiência na distribuição de recursos.

Segundo Tavares (1990:16) "... o planeamento pode permitir, assim, tentar ultrapassar uma das principais preocupações dos economistas da saúde: a resolução dos conflitos entre equidade e eficiência". O mesmo autor reconhece que é através de um planeamento em saúde bem concebido e eficaz que se poderá obter uma boa eficiência, pois há uma melhor redistribuição dos recursos, podendo assim, criar estratégias de intervenção que permitam favorecer todo o tipo de população.

Concretamente, quando se aborda planeamento em saúde, fala-se em planear, como "um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) óptima (s) entre várias alternativas, essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro." (Tavares, 1990:29)

Este autor refere que existem algumas características que se podem encontrar no planeamento.

- 1 – É sempre voltado para o futuro;
- 2 – É um processo permanente, contínuo e dinâmico;
- 3 – Pretende a racionalidade da tomada de decisões;
- 4 – Visa seleccionar, entre várias alternativas, um percurso de acção;
- 5 – Implica uma acção;
- 6 – Implica uma relação de causalidade entre a acção tomada e os resultados determinados;
- 7 – É sistémico e de natureza multidisciplinar;
- 8 – É iterativo;
- 9 – É uma técnica de alocação de recursos;
- 10 – É um processo cíclico, em espiral;
- 11 – É uma técnica de mudança e inovação;
- 12 – É uma técnica para absorver a incerteza do futuro". (Tavares,1990:29)

Assim, denota-se que o planeamento em saúde, requiere uma identificação de problemas o mais fidedigna possível da realidade, junto das comunidades, definindo-se bem os objetivos e as prioridades, uma boa racionalização de recursos económicos, humanos e materiais, por forma a permitir ganhos em saúde, numa sociedade em que cada vez mais os avanços tecnológicos e as exigências são maiores.

"O planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços..." (Emilio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes, 1982:7).

O planeamento em saúde apresenta na sua hierarquização de conceitos, os seguintes: Plano – Programa – Projeto (do mais abrangente para o mais específico).

Para a elaboração de um projeto, plano ou programa no âmbito da Saúde, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita facilitar as intervenções mais corretas numa determinada área, permitindo a elaboração de projetos, dirigidos quer para problemas de saúde das comunidades, quer a nível organizacional (infraestruturas, articulação

intersectorial,...). Segundo Imperatori & Giraldes (1982:9) "... as principais fases do seu processo (...): diagnóstico da situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação".

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, que deve ir ao encontro das necessidades da população à qual o projeto, programa ou plano, que visa abranger. Para tal, considera-se que os planos, programas ou projetos são pertinentes quando o diagnóstico e as necessidades estão em concordância. Refere António Tavares (1990) que quando se fala em diagnóstico da situação, há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade. Assim, como problema de saúde considera-se "um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade", por sua vez, necessidade "(...) exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir" (Tavares, 1990:51). As necessidades podem ser reais ou sentidas e estas últimas podem ser expressas ou não expressas. Neste sentido, quando se faz o diagnóstico da situação identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

Tanto Imperatori & Giraldes (1982), como Tavares (1990), referem que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas. Para tal, necessita de uma boa análise na sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo,...) a fim de ser pertinente.

Na etapa seguinte do planeamento, a definição das prioridades, devem ser definidos os critérios de decisão (fase crucial no processo de determinação de prioridades, pois juntamente com a ponderação no final, são ordenados de forma prioritária os problemas) e estimar e comparar os problemas. Para determinar as prioridades pode recorrer-se a várias técnicas, das quais se destaca grelhas de análise, métodos e escalas.

Seguidamente, serão definidos os objetivos no contexto do planeamento que se pretende realizar. Como refere Tavares (1990:113) "... os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos". O autor menciona que os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem fundamentados no planeamento em causa. Para tal, refere que existem cinco elementos que se devem considerar na sua formulação: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Existem quatro aspetos/fases que se devem considerar quando se definem objetivos, segundo Maria do Rosário Giraldes (1982:43):

- A selecção dos indicadores dos problemas prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários



- A definição dos objectivos a atingir a médio prazo
- A tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas.”

Posteriormente surge a etapa da seleção de estratégias, esta é considerada como uma das etapas mais importantes fundamentais quando se faz planeamento em saúde, pois é nesta fase que se propõe as formas de atuar. Assim, são definidas as etapas da elaboração de estratégias, segundo os mesmos autores:

- “- Estabelecer os critérios de concepção das estratégias.
- Enumerar as modificações necessárias.
- Esboçar estratégias potenciais.
- Escolher as estratégias mais realizáveis.
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas.
- Estimar os custos das estratégias.
- Avaliar a adequação dos custos futuros.
- Rever as estratégias e os objectivos (se necessário).” (Tavares, 1990:66)

Esta etapa requer uma grande criatividade dos responsáveis pelo planeamento pois quanto maior for o seu conhecimento sobre o problema em estudo maior será a probabilidade de criar novas abordagens aos problemas, sendo para tal necessário investigar sobre situações semelhantes já elaboradas. Contudo, referem Giraldes e Tavares que poderão surgir obstáculos, quer a nível organizacional, legal ou financeiro, às estratégias definidas, como formas de resistência à mudança.

As duas etapas seguintes são a elaboração de programas e projetos e a preparação para a execução, ou seja, é a parte operacional do planeamento em saúde.

Aqui devem ser considerados os seus principais componentes: identificação do programa, definição de objetivos operacionais ou metas, as tecnologias os recursos, os custos e o financiamento. Assim, definem-se as atividades específicas do planeamento em função dos objetivos operacionais que devem corresponder aos seguintes parâmetros por forma a clarificar o mais possível as atividades, segundo Tavares (1990:169):

- “1 – o que deve ser feito;
- 2 – quem deve fazer;
- 3 – quando deve fazer;
- 4 – onde deve ser feito;
- 5 – como deve ser feito;
- 6 – avaliação da actividade;
- 7 – se possível: o objectivo que deve atingir;
- 8 – eventualmente: o custo da actividade”.

A preparação da execução é a fase que apresenta mais semelhanças com as etapas anterior e posterior, pois alguns dos aspetos tratados na fase anterior, assim como os cronogramas elaborados servirão para a avaliação, a última etapa do planeamento.

Ainda Tavares refere que na preparação da execução, há quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (orçamentos – determina-

ção de custos), comportamentos (regulamento – determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes do processo), métodos (procedimentos – determinar como devem ser processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (programações – relação entre o tempo e as atividades).

A última etapa é a da avaliação. Para Emilio Imperatori (1982:127):

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objecto e o objectivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.”

A avaliação deve ser pertinente e precisa, pois permite determinar o sucesso ou não do planeamento, para tal é necessário recorrer a critérios e normas. Como refere António Tavares (1990:205):

“... critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador; uma norma é ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico.”

De uma forma geral, a avaliação permite fazer uma comparação entre os objetivos e as estratégias definidas no planeamento. O mesmo autor refere que poderão ser sistematizados alguns tipos prováveis de classificação de avaliação do planeamento, nomeadamente: a disponibilidade dos dados, tipo de dados disponíveis, implementação de atividades, as componentes dos serviços prestados e a validade.

## 1.2 PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Promoção da Saúde é “um processo que visa aumentar a saúde dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar” (Carta de Ottawa, 1986). Na 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde pretendeu-se criar um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, bem como outras regiões. De modo a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar-se as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.

Os objetivos e os programas de promoção da saúde têm sofrido alterações ao longo dos últimos anos, nomeadamente graças à influência das várias conferências mundiais de promoção da saúde que se têm vindo a realizar, desta forma a carta de Ottawa propõe um conceito de promoção de saúde que visa criar condições para que os indivíduos se responsabilizem pela sua saúde da família e comunidades, reconhece também a educação para a

saúde como uma ferramenta imprescindível para a tomada de decisão, identificando os níveis de intervenção 1) a nível governamental com a proposta do programa cidades saudáveis; 2) a nível dos serviços de saúde Hospitais saudáveis e escolas promotoras de saúde; a nível comunitário a capacitação de comunidades e indivíduos na tomada de decisão

Na conferência realizada em Outubro de 2009 em Nairobi, Quénia. Equacionou-se a relação custo-eficácia como meio de contribuição para a resolução dos desafios que visam a melhoria da saúde das populações, a fim de diminuir o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde.

Assim, foi destacada a importância da promoção de saúde, numa altura em que o mundo se confronta com numerosos desafios, nomeadamente a pobreza, as epidemias e pandemias, a mortalidade materna e infantil, e, as alterações climáticas. Igualmente se considerou que tinham sido feitos progressos notáveis na área de promoção da saúde, pois alguns países já tinham integrado nos seus sistemas de saúde, programas de promoção de saúde.

Pelo facto de as doenças transmissíveis terem sofrido um aumento considerável, foi feito um apelo no sentido de ser dada maior atenção ao controlo na transmissão destas doenças. De igual forma, foram destacados como aspetos-chave no maior sucesso na promoção da saúde, a justiça social, a atribuição de maior poder às comunidades,

A promoção da saúde não é da responsabilidade exclusiva do sector da saúde mas de todas as organizações da sociedade de modo a estimular os indivíduos a adquirirem estilos de vida saudáveis para atingir o seu bem-estar, bem como da comunidade em que estão inseridos.

Segundo Tones e Tilford (1994) citado por Carvalho & Carvalho (2006:25) a educação para a saúde "é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida".

Os jovens são considerados saudáveis sobre o ponto de vista biomédico, quando se comparam com outros grupos, os problemas de saúde podem resultar de alguns comportamentos, segundo a OMS, Portugal apresenta uma população considerável de casos em que estão presentes estilos de vida atitudes e comportamentos lesivos para a saúde.

A educação para a saúde é imprescindível no sucesso do empoderamento das comunidades, é um processo longo e difícil, que necessita de acompanhamento para a vida no entanto, deve favorecer a autonomia da comunidade educativa.

O Decreto-Lei n.º 259/2000 (2000:5786), de 17 de Outubro, faz referência a que deve existir apoio aos alunos relativamente à educação para a saúde e também sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva, sendo que no artigo 9.º se faz referência a que:

“1 - Os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

3- Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.

Atualmente e sobre a influência da OMS são encontradas inúmeras definições de saúde mas valorizando as capacidades do ser humano para criar e lutar pelo seu projeto de vida, “a saúde de cada pessoa depende do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo” (Rodrigues Pereira & Barroso, 2005, p11) o que nos transporta para uma dimensão centrada na promoção da saúde.

Para a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2003:143), “cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca”

Segundo a OMS (1985), a educação para a saúde constitui a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na sociedade

Outro aspeto a considerar é a formação e participação dos profissionais de saúde para desenvolver a educação e promoção da sexualidade saudável. Neste contexto, como refere Andrade (1995:15) “Educar para a saúde, no domínio dos afectos, é penetrar no imprevisível com um investimento na paciência”.

Na escola, os educadores devem estar capacitados para lidar com essa trajetória biopsicossocial e pedagógica dos adolescentes. É importante que preconceitos, tabus e mitos em relação à sexualidade sejam colocados em parceria com o conhecimento científico. O ideal é que os jovens encarem a sexualidade como uma parte integrante das suas vidas, mas que se trata de uma noção completamente diferente de reprodução

Como refere Cordeiro (2009:25) “Acresce que a promoção da saúde dos jovens terá que ter como agentes, além dos próprios, a família, a escola, os meios de comunicação social – numa palavra – toda a sociedade”.

Concorre para este facto, o PNS de 2004-2010, onde são preconizadas como intervenções prioritárias “aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos jovens, reforçar as atividades de redução de comportamentos de risco e *settings* para intervenção com reforço das atividades de educação em saúde” (M. Costa, 2008:2 citando o Ministério da Saúde, 2003:27-28).

<sup>1</sup>IPPF reconhece e acredita que todas as pessoas têm o direito à educação e, em particular, a material informativo específico para assegurar a saúde e bem-estar das pessoas e famílias, incluindo informações e conselhos Sobre e direitos, e saúde sexual e reprodutiva (*ippf charter,2003:14*)

Um projeto de intervenção, deve ter na sua base, um modelo de educação para a saúde, pois tal como referem Stanhope & Lancaster (1999:269) “organizam globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos. (...) fornecem descrições significativas na orientação do pensamento, observação e prática dos educadores” citando Edwards (1990) e Driscoll (1994)

### **1.2.1. Modelo de teoria orientador da prática de educação**

Neste sentido, surgem algumas teorias pedagógicas que ajudam a compreender o que as pessoas aprendem, projetando a forma como se podem educar os indivíduos. Os autores enumeram seis teorias pedagógicas que são úteis quando se fala em enfermagem comunitária: a Teoria Behaviorista, a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria Cognitiva, a Teoria Humanista, a Teoria do Desenvolvimento e a Teoria Crítica.

Da análise destas, considerou-se pertinente para a elaboração das sessões de educação, a Teoria da Aprendizagem Social, cujo foco de ação é mudar as expectativas e as crenças, através do método de fornecimento de informação.

As teorias de aprendizagem social têm a sua origem no comportamentalismo. Por um lado, partilham o princípio de que se as consequências do comportamento influenciam a repetição do mesmo, por outro lado, diferem no aspeto em que processos cognitivos não diretamente observáveis, como expectativas, pensamentos e crenças, têm influência no comportamento.

Albert Bandura, psicólogo canadiano foi um dos seguidores das teorias da aprendizagem social. Os princípios básicos assentam na interação recíproca, os fatores internos (intrínsecos ao indivíduo), fatores externos (meio ambiente) e o comportamento do indivíduo interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente.

---

<sup>1</sup> “IPPF recognizes and believes that all persons have the right to education and, in particular, to specific educational information to ensure the health and well-being of persons and families including information and advice on sexual and reproductive health and rights, and, therefore, commit itself to the following” (*ippf charter,2003:14*)

Bandura agrupa todas estas influências, para que, nenhuma das três seja considerada uma entidade separada. O segundo princípio básico é que há uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento).

Bandura defende que as consequências condicionam o comportamento de cada indivíduo. As ações que geram consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram negativas tendem a desaparecer.

Tal como referem Stanhope & Lancaster (1999:268) “Assim, os educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, tornando os utentes capazes de alterar as suas expectativas sobre o valor de determinado resultado ou as possibilidades de alcançar o fim desejado ou, ainda, ambos” citando Padille e Bulcavage, (1991), Blair (1993) e Dembo, (1994).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem assumir uma responsabilidade social e devem promover que os indivíduos compreendam o risco, procurando compreender os comportamentos.

“A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, deverá ser um importante objectivo nas sessões de educação. No processo de educação sexual, a reflexão é decisiva para a aprendizagem, visto encorajar os adolescentes a consolidar o que aprenderam e a desenvolver uma nova compreensão, novas capacidades e atitudes. Os enfermeiros poderão também ter a preocupação de deixar aos adolescentes informações escritas para possíveis esclarecimentos futuros, assim como deixar uma forma de contacto dos enfermeiros, para a exposição de dúvidas que surjam posteriormente” (Ferreira *et al*, 2004).

“A liberdade de escolha baseada na autonomia pessoal e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual” (Mendes, 2006).

### 1.3 ADOSCÊNCIA E SEXUALIDADE

Os jovens são considerados saudáveis sob o ponto de vista biomédico quando se comparam com outros grupos, os problemas de saúde podem resultar de alguns comportamentos segundo a OMS Portugal apresenta uma população considerável de casos em que estão presentes estilos de vida atitudes e comportamentos lesivos para a saúde.

Os comportamentos encontram-se associados ao desenvolvimento e socialização assim a adolescência é considerada como um período de vida conturbado, caracterizado por alterações físicas, emocionais, influenciado pelo meio no sentido de encorajar ou impedir o processo de maturação normal no entanto, quer nos rapazes quer nas raparigas o aparecimen-

to dos caracteres sexuais secundários são os sinais exteriores do início da puberdade e a capacidade de mais tarde vir a gerar seres humanos através da sua função reprodutora.

Os adolescentes por forma a encontrarem uma identidade, passam por uma fase difícil, podendo ser um processo longo e tempo lento, onde vão construindo a sua personalidade podendo surgir muitas dúvidas. Neste sentido, refere (M. Martins 2007:19-20)

A sexualidade não se resume a função reprodutora ela é mais complexa e segundo Chaves (2007) integra um processo de busca da gratificação sexual como parte integrante da qualidade de vida.

A sexualidade não se resume à função reprodutora, ela é mais complexa, e segundo (Chaves 2007), integra um processo de busca da gratificação sexual como parte integrante da qualidade de vida.

É algo muito mais complexo e dinâmico do que simplesmente uma idade, ou um tempo na vida, com datas claras de início e fim (...). O adolescente não olha para trás, porque não lhe interessa, e porque pouco há que olhar para trás, melhor coloca-se de cara para o futuro: eu quero ser, serei, farei, chegarei.<sup>2</sup>

A sexualidade é algo inerente ao desenvolvimento do ser humano e manifesta-se desde o momento do nascimento até à morte, em cada etapa da vida. Os adolescentes, os adultos e os idosos são sexuados; têm interesses sexuais e Michel Bozon refere (2002: 31), "Na sexualidade contemporânea, a procriação não ocupa mais do que um espaço reduzido e marginal.

A sexualidade, segundo Vilar (2002) citado por (M. Martins 2007:38) é uma dimensão do corpo, da vida, das relações interpessoais e das dinâmicas sociais, potencialmente geradora de bem-estar e desenvolvimento e autorrealização e continua a ser,, uma fonte de conflito e sofrimento.<sup>3</sup>

Segundo (Sprinthall & Collins 2008) a sexualidade "engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo".

A fase da adolescência marca, em definitivo, a afirmação de si mesmo e a abertura aos outros (Braconnier & Marcelli, 2000 e Frade, Marques, Alverca & Vilar 2003).

---

<sup>2</sup> "es algo mucho más complejo y dinámico de lo que simplemente es una edad, o un tiempo en la vida, con fechas claras de inicio y fin. (...) La adolescencia no mira atrás, porque no le interesa, y porque poco ha que mirar atrás, mejor se colca de cara al futuro: quiero ser, seré, tendré, llegaré".

<sup>3</sup> "una dimensión del cuerpo, de la vida, de las relaciones interpersonales y de las dinámicas sociales, potencialmente generadora de bien estar de desarrollo y autorrealización y sigue siendo, sin embargo, fuente de conflictos, y sufrimiento".

Do ponto de vista psicológico não é possível determinar a altura exata em que o adolescente se encontra suficientemente maturo para assumir a responsabilidade e as atitudes emocionais que se traduzem na preocupação com o seu bem-estar e o do outro, a responsabilidade para o início da sua vida sexual ativa assim, o início da atividade sexual traduz-se em comportamentos de risco como a gravidez não programada ou a contração de uma IST.

Os adolescentes e jovens encaram as experiências e os comportamentos de risco inerentes às suas práticas sexuais com muita dose de aventura e irresponsabilidade. Se, por um lado, os elementos do sexo feminino se dizem virgens até mais tarde, os rapazes afirmam iniciar a sua vida sexual no começo da adolescência e ter mais parceiras do que elas (Alferes, 1997; Vasconcelos, 1998; Matos & Gaspar, 2005 citados por Saavedra *et al*, 2010), confirmando assim a presença de um duplo padrão sexual.

Na adolescência existem cada vez mais comportamentos de risco que prejudicam a saúde dos adolescentes que incluem nomeadamente violência sexual, consumo de drogas ilícitas, doenças sexualmente transmissíveis, VIH, a gravidez precoce e não planeadas e o aborto (Vilelas, 2009).

“Os adolescentes iniciam cada vez mais cedo a sua vida sexual, e muitas vezes não usam correctamente os contraceptivos, facto que pode estar relacionado com a falta de informação, falhas na comunicação entre amigos, pais e profissionais de saúde e muitas vezes a falta de confidencialidade e acessibilidade a consultas de planeamento familiar” (Stanhope & Lancaster, 1999).

“Analisando a adolescência de acordo com os factores desenvolvimento, cognitivos e psico-sociais, esta caracteriza-se pela existência de impulsividade; pensamento mágico (“isto não me pode acontecer a mim”); a necessidade de agradar; a dificuldade em pensar a longo prazo e de ponderar as consequências de determinado comportamento; e a ambivalência em relação ao seu comportamento sexual, podem levar os jovens adolescentes, correctamente informados, a terem relações sexuais não protegidas” (Coley e Chase-Lansdale, 1998; Franco *et al*, 1998; Harris, 1998; Lourenço, 1996; Tobias & Rice, 1998 citados por Canavarro & Pereira, 2001).

“Os factores de risco estão associados à gravidez na adolescência são: abandono escolar, a baixa escolaridade da jovem, companheiro e família; ausência de planos futuros, repetição de modelo familiar (mãe com gravidez na adolescência); início precoce de actividade sexual; diminuição da auto-estima; abuso de álcool e drogas; falta de conhecimentos e uso inadequado da contracepção” (Rodrigues, 2010).

Na opinião de Correa & Neto (2004) a gravidez na adolescência pode ser consequência de uma experiência sexual precoce e muitas vezes devida à inexperiência e falta de informação, sendo muito difícil encontrar uma explicação para este fenómeno. Segundo o mesmo autor, as jovens mães encontram-se numa fase de desenvolvimento cognitivo e



emocional, passando rapidamente para o universo dos adultos com todas as responsabilidades que isso acarreta. No entanto, os adolescentes têm acesso à informação mas muitas vezes falta o diálogo entre pais e filhos, não bastando referir o uso de preservativos mas esclarecer todas as dúvidas e manter uma relação afetiva e o diálogo constante com os adolescentes (Correa & Neto, 2004).

"Mesmo nas famílias em que existe uma comunicação com mais intensidade e eficácia, há que pensar que as práticas parentais e a comunicação entre progenitores e adolescentes continuarão a ter essencialmente um carácter informal e que, muitos progenitores e adolescentes continuarão a ter dificuldades reais na comunicação sobre este tipo de questões. Dificuldades estas que são inerentes às características da adolescência e, noutros casos, às incapacidades ou insuficiências dos progenitores neste campo específico" (Vilar, 2003).

Alguns estudos sobre este tema que analisaram variáveis emocionais e psicopatológicas revelam que mães adolescentes e grávidas apresentam maiores níveis de *stress* e isolamento social; maiores níveis de tristeza, tensão e riscos acrescidos de suicídio; maiores níveis de psicopatologia em geral e menos aptidões de resolução de problemas (Canavarro & Pereira, 2001).

O papel dos enfermeiros é fundamental no contexto da prevenção da gravidez na adolescência, particularmente na transmissão de informação relativamente aos estilos de vida saudáveis a praticar. A gravidez na adolescência é uma realidade cada vez mais frequente e dramática em Portugal Sente-se, portanto, uma necessidade urgente de investir em medidas preventivas e estratégias de transmissão de conhecimentos à comunidade (Gomes & Sousa, 2005).

É reconhecido o direito dos jovens à informação sobre todos os métodos contraceptivos, inclusive da existência da contraceção de emergência. O profissional de saúde tem o papel de informar e oferecer todas as alternativas contraceptivas e de prevenção de IST, independentemente de qualquer circunstância, enfatizando o direito de escolha, e incorporando a contraceção de emergência nas políticas públicas de saúde para os adolescentes. Educar para a sexualidade vem ao encontro da educação para a saúde no intuito de se conseguirem mudanças de comportamento que sejam saudáveis, implicando essas mudanças uma apreciação global de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos.

A educação sexual, sendo parte da educação para a saúde, permite uma preparação dos jovens para a vida em sociedade e uma melhor qualidade de vida, contribuindo também para o desenvolvimento da personalidade (Gonçalo, 2002).

No que diz respeito à análise do Plano Nacional de Saúde para os anos 2004/2010, verificou-se que as escolas, em parceria com o Ministério de Saúde, devem adotar estratégias

de modo a promover a saúde, prevenir a doença através de ações que devem ocorrer durante o ano letivo.

O Ministério da Saúde definiu como metas através do plano nacional de saúde (2004: 54) para “uma juventude à procura de um futuro saudável”, redução da taxa de mortalidade, redução da gravidez na adolescência, valorização da autoapreciação do estado de saúde, incutir hábitos de vida saudáveis (diminuição do consumo de álcool, tabaco e obesidade).

Com o aumento de casos de gravidez precoce em adolescentes, o Ministério da Saúde (2004:31) refere que os “adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST”, definindo estratégias e intervenções através de parcerias entre o ministério da saúde e da educação.

Segundo o GTES a opção pela inclusão da sexualidade na área da saúde não a reduz a uma visão mecanicista e redutível antes procura sublinhar o carácter holístico “além de aspetos biológicos, questões relacionadas com a perceção de competência e participação na vida social, com a sensação de pertença e apoio do grupo social, atribuindo as relações interpessoais um papel de importância reforçada (GTES,2007:6)

A 24 de Março de 1984 com a publicação da Lei n.º 3/84, o Estado Português reconhece a necessidade da educação sexual nas escolas portuguesas, no artigo 1º refere “o estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação”.

“... Que o currículo nacional do ensino básico integra a educação para a cidadania, a formação cívica, o aprender a viver em conjunto, a educação para a sexualidade e para os afectos, numa dinâmica curricular que visa a promoção da saúde física, psicológica e social;”

Mencionando ainda que às escolas “(...) não cabe apenas a transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, mas que entre as suas múltiplas responsabilidades estão o desenvolvimento de competências capazes de sustentar a aprendizagem ao longo da vida”.

Com a publicação da Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, estabelece-se o regime da aplicação da educação sexual nas escolas, definindo uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, referindo ainda que os encarregados de educação devem ter um papel ativo, estabelecendo-se ainda que a educação sexual deve ser realizada de forma conjunta entre várias entidades (escola, família e profissionais de saúde).

No preâmbulo da portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, as “matérias respeitantes à educação para a saúde e educação sexual têm merecido, em tempos mais recentes, particular atenção por parte da sociedade portuguesa”. Nesta portaria é definido conjuntamente entre os Ministérios da Saúde e da Educação, os conteúdos curriculares desde o primeiro ciclo até ao ensino secundário, bem como as parcerias.

Segundo o PNSE, a educação para a saúde deve capacitar e em ponderar os indivíduos de modo a terem um projeto de saúde onde possam decidir de forma consciente e informada.

A mudança de comportamento é de vital importância pois todos os dias nos confrontamos com as consequências dos comportamentos de risco. Para apostar na promoção da saúde como processo de capacitação nas escolhas de vida saudáveis, é fundamental, por isso, que se implementem programas educacionais para a pessoas mais vulneráveis.

Os estudos na área da saúde apresentam muita relevância sobretudo depois da declaração de Alma Ata 1978 onde se perspetivou como importante objetivo à escala mundial o mais elevado nível de saúde.

Na primeira conferência sobre a promoção de saúde organizada pela OMS em 1986 onde resultou a Carta de Ottawa menciona a promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar. Assim para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental, e social, o individuo ou grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (OMS,1986) mais recentemente a OMS, 2002, no seu relatório anual “Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável” apresenta a importância da promoção de comportamentos saudáveis ligados a saúde, edificação de fatores de risco que são responsáveis por um elevado número de mortes no mundo e que incluem o sexo seguro.

Foi partindo do princípio que será através da educação da pessoa que poderemos encontrar aliados para a obtenção de resultados eficazes na promoção da saúde e prevenção de complicações, que foi desenvolvida toda esta área de intervenção, e todo o projeto, de educação sexual.

A educação para a saúde sexual tem como foco a mudança de comportamentos de risco e a alteração de um conjunto de atitudes que se relacionam com a saúde, uma vez que estes comportamentos de risco e o estilo de vida são atualmente dois determinantes da saúde dos jovens (Matos, 2008)

O crescente interesse pela educação sexual nas escolas, motivado pelo reconhecimento internacional da sua imprescindibilidade na construção de cidadãos responsáveis e com poder de decisão nos seus projetos de vida e na prevenção das complicações decorrentes dos comportamentos de risco, assim como o desenvolvimento que o Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva, está a obter em Portugal, justificam a desejável promoção da introdução de programas de educação sexual nas escolas.

Existe, assim, a necessidade de se desenvolver um programa educacional estruturado, que cubra o maior número de alunos possível das escolas, com o envolvimento dos pais

professores e das sociedades científica e académica, fazendo recurso a formadores com experiência em educação para a saúde.

A Educação para a Saúde tem um papel marcante como componente decisivo na estratégia global da Promoção de Saúde. Esta pode ser feita através da modificação dos estilos de vida. (Ribeiro, 1998). Assim, e segundo Orem, todo o ser humano possui um conjunto de requisitos que a teórica identifica como sendo “as capacidades dos indivíduos nas diferentes etapas do desenvolvimento humano para controlar a sua posição e movimento no espaço para dirigir os seus próprios assuntos”. (Orem, 1993:402).

“A educação sexual deve prevenir os comportamentos de risco e ao mesmo tempo promover a qualidade das relações interpessoais a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica” (GTES,2007)

### **1.3.1 Cuidar o adolescente**

Cuidar o adolescente deve refletir a preocupação pelo seu bem-estar, numa perspetiva holística considerando todas as dimensões incluindo as influências do meio sobre a sua saúde, cabe aos profissionais de saúde, e em particular ao enfermeiro, a responsabilidade efetiva do seu papel de educador dentro e fora das instituições.

Cuidar é parte integrante da arte e ciência da enfermagem, sendo considerada a essência da sua prática. Citando Ribeiro (1995:14), a “orientação para o cuidar radica, entre outras, nas ideias de Nightingale (1859), Henderson (1961,1969), Leininger (1970), e Watson” (1988). Apela para uma ação centrada no utente como sujeito dos cuidados, tendo em conta que a adolescência é uma fase complexa, passível de assumir problemas peculiares, resultado da interação de diferentes fatores e “Tendo em conta que muitos comportamentos relacionados com a preservação da saúde são adquiridos na adolescência, é importante implementar ações de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, o mais precocemente possível” (Albuquerque & Oliveira, 2002).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista em saúde pública e comunitária fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume

“ um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção proporcionando efectivos ganhos em saúde e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projectos de intervenção” (Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 2011:8648).

Assim, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública definidas pela OE assentam em:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
  - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
  - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
  - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
- (Artigo 4.º publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 2011:8667).

Com a especialidade em enfermagem comunitária pretende-se desenvolver competências nas áreas científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, de modo a executar intervenções estratégicas na comunidade, trabalhando em parceria com as comunidades, por forma a identificar as necessidades em termos de saúde. Deve igualmente, planear cuidados apropriados aos problemas identificados de maneira a existirem estilos de vida saudáveis e assumir conjuntamente a promoção da saúde como pedra basilar das intervenções de enfermagem e ao mesmo tempo obter ganhos em saúde.

“Os enfermeiros são frequentemente chamados a assumir um papel importante no campo da educação para a saúde, pela sua formação, e competência diferenciada em diversas dimensões dos cuidados de saúde” Por esse motivo é-lhes muitas vezes pedido o desenvolvimento de “formação, competências pedagógicas para o planeamento, execução e avaliação de actividades de promoção de saúde e empowerment dos seus clientes”. (Rodrigues et al.2005:73)

Compete aos enfermeiros enquanto educadores, informar, consciencializar, capacitar a pessoa família/comunidades no decurso do ciclo vital, pois os enfermeiros são agentes de mudança dos seus comportamentos. Isto vem ao encontro da circular normativa nº 14 de 12/12/2000 emanada pela DGS e que refere que “a educação estruturada permite, a curto prazo, melhorias significativas na redução dos comportamentos de risco, com consequente melhoria da qualidade de vida, e pleno envolvimento da cidadania (OMS, 2003)

A promoção de estilos de vida saudáveis é o foco de atenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária e uma necessidade em cuidados de saúde primários, com particular relevância no âmbito da promoção. Rodrigues *et al.* (2005:48) reforçam esta ideia, atribuindo aos enfermeiros um papel de relevo entre o grupo de profissionais que contribuem para a eficácia da educação para a saúde, “considerando a sua predisposição histórica para o apoio às pessoas e comunidades bem como a sua experiência educativa resultante da arte de cuidar, quer numa perspetiva curativa quer preventiva”. Também Carvalho e Carvalho (2006:39) se referem ao papel do enfermeiro que no exercício da sua atividade em cuidados de saúde primários, “promove a autonomia e o direito à tomada de decisão, (...) desenvol-

vimento de capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções, identifica as necessidades de saúde dos indivíduos/famílias/comunidades e desenvolve estratégias promotoras de saúde, atuando em complementaridade com outros parceiros em equipa multidisciplinar”.

Assim, a educação para a saúde assume, particular relevo nos cuidados de enfermagem, pois o enfermeiro é “ detentor de formação e experiência que lhe permite abster-se de juízos de valor, o que lhe confere a capacidade de entender e respeitar os outros, cabe ao enfermeiro o papel de agente facilitador e dinamizador da aprendizagem na implementação de programas de educação para a saúde, ajudando a pessoa a conhecer e a gerir recursos, visando a mudança de comportamentos com vista à adopção de estilos de vida saudáveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

## **2. INTERVENÇÃO, DESCRIÇÃO E ANÁLISE**

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O distrito de Portalegre pertence à região de Alto Alentejo. Apresenta-se limitado a norte com o distrito de Castelo Branco, a sul com o distrito de Évora, a leste com Espanha, e a oeste com o distrito de Santarém., tendo uma área geográfica de cerca de 6065 km<sup>2</sup>, englobando 15 municípios e 86 freguesias. A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome, cidade onde se implementou o projeto.

Relativamente à caracterização demográfica da cidade de Portalegre, com base na consulta dos Censos 2001, tem uma população residente de 25 814 (INE, 2001). Refira-se que os Censos 2011 só estarão disponíveis no quatro trimestre de 2012

#### **Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão**

A Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão em Portalegre possui um total de 593 alunos, divididos por várias turmas desde o 5.º ao 9º ano de escolaridade, possuindo ainda um curso de CEF (Curso de Educação e Formação) na área de instalação e manutenção de sistemas informáticos.

Foi oficialmente criada em 9 de Setembro de 1968 pela portaria nº 23600, tendo ficado conhecida por Escola Preparatória de Cristóvão Falcão, sendo hoje em dia conhecida por Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão.

A escola possui 26 salas de aula, algumas para utilização específica (Educação Visual, Educação Visual e Tecnológica, Educação Musical, Laboratórios de Físico-Química e Ciências Naturais) e ainda Biblioteca, Sala de Informática, Sala de Reuniões/Sala de Estudo, três gabinetes para Apoios Educativos, gabinete do S.A.S.E. (Serviços de Ação Social e Escolar), gabinete do Aluno e de Apoio à Associação de Pais e ainda o Bar/Bufete, o Refeitório, a Sala de Convívio dos Alunos e Papelaria, a Sala de Professores, com um pequeno gabinete de trabalho anexo e Pavilhão Gimnodesportivo, construído há cerca de uma década.

Sendo que este agrupamento onde está incluída a Escola Básica 2, 3 Cristóvão Falcão tem tido uma preocupação relativamente à educação para a saúde desde 2000, pertencendo ainda à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

#### **Escola Secundária Mouzinho da Silveira**

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre possui um total de 627 alunos, distribuídos pelos vários anos da seguinte forma: 271 no 3º Ciclo do Ensino Básico Regular (divididos por várias turmas desde o 7.º ao 9º ano de escolaridade), 10 de uma turma do Curso Educação e Formação de nível básico, e ainda 346 alunos que frequentam o Ensino Secundário, dos quais 211 nos Cursos Científico-Humanísticos, 26 no Curso Tecnológico de Desporto e 109 em Cursos Profissionais.

É herdeira direta do antigo Liceu Nacional de Portalegre criado em 1844. Ao longo dos anos a escola tem passado por várias instalações e denominações O edifício que se implantou na atual Avenida do Bonfim abriu as suas portas em Outubro de 1976. Desde esse ano, passa então a denominar-se Escola Secundária Mouzinho da Silveira. O novo edifício vai sofrendo pequenas adaptações, consoante as necessidades, sendo no ano lectivo de 2008/2009 intervencionado pelo Parque Escolar. (ESMS,2012)

A Escola funciona em diferentes Blocos de A a G, possui salas de informática, sala multimédia, cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química), e um biotério. Uma sala de Teatro, sala de desenho/EVT, sala de trabalhos oficinais, sala polivalente, gabinete de apoio TIC/oficina de multimédia, salas de trabalho para professores, salas de reuniões, salas de trabalho para pequenos grupos, e Biblioteca.

No bloco D, situam-se os serviços administrativos, uma sala para assistentes operacionais e uma sala de professores, cinco gabinetes de trabalho (Conselho Geral, sala de reuniões, Sala de reuniões do Conselho Pedagógico, sala da associação de pais e encarregados de educação, sala de diretores de turma e Gabinete da Direção). Há ainda a considerar neste bloco a cozinha, o refeitório e o bar como também a sala de convívio dos alunos, sala da associação de estudantes, a reprografia e a loja de conveniência

No bloco E situa-se o Pavilhão Gimnodesportivo, uma sala de Ginástica, uma sala para aulas teóricas. Em anexo, funciona o campo de jogos <http://www.esms.pt/escola/> Acendido em Fevereiro 2012

## 2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

É a partir do diagnóstico que é viável a produção e execução de cuidados profissionais personalizados, e em parceria com a comunidade educativa permitindo conduzir à identificação das necessidades de cuidados de saúde, implementação de intervenções por parte dos enfermeiros, bem como, à monitorização dos resultados.

O diagnóstico de situação foi feito no 1º estágio que decorreu no final do segundo semestre e serviu de base ao Projeto, “permitiu-nos conhecer o estado de saúde e os seus determinantes sejam eles de ordem demográficos, biológicos, ambientais ou de estilos de



vida “ sendo que, “factor determinante de saúde é todo o factor que afecta a saúde dos indivíduos e da comunidade” (OMS;2006) Fator de risco é o fator que aumenta a probabilidade de doença, já os fatores de proteção diminuem a probabilidade de ocorrência da doença.

Tanto Imperatori & Giraldes (1982), como Tavares (1990), referem que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas. Para tal, necessita de uma boa análise na sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo,...) a fim de ser pertinente.

A pertinência do diagnóstico de situação prende-se com o facto de o Alentejo ser uma região que apresenta uma elevada taxa de gravidez na adolescência acima da média nacional, sendo que Portalegre é um dos concelhos que apresenta o maior número de nados vivos de mães dos 15 aos 19 anos (Isabel, s.d.). A população estudada pelo diagnóstico de situação compreende alunos da escola EB 2,3 Cristóvão Falcão com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos do 8º, 9º e CEF, num total de 116 adolescentes, sendo que 54 (46,6%) são rapazes e 62 (53,4%) são raparigas, com uma idade média de  $14,3 \pm 0,2$  anos. A recolha de dados foi feita com recurso, ao instrumento utilizado por Martins (2007), num estudo realizado numa localidade do Norte Alentejano e pela escala de atitudes de Fisher (1988), tipo Likert, adaptada do original e validada anteriormente por Vilar (2002), num estudo também realizado em Portugal. Sobre as atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

A análise de dados foi feita com recurso ao programa informático SPSS

Dos principais resultados retirados através da realização do diagnóstico de situação, destaca-se que a maioria dos adolescentes inquiridos é do sexo feminino (53%), com idade média de 14 anos em ambos os géneros, variando as idades entre os 12 e 19 anos.

Os pais são na sua maioria casados (cerca de 70%), admitindo cerca de 78% dos jovens viver com os pais.

Quanto à religião, a grande maioria dos jovens são católicos (84,5%), sendo que aproximadamente 47% dos religiosos afirmam que não são praticantes em relação à mesma; os restantes admitem ser praticantes. Ainda, neste contexto, verifica-se que cerca de 40% dos inquiridos assumem que seguem fielmente as normas da sua religião e cerca de 38% dos indivíduos que cumprem a doutrina da sua religião admitem não se identificar com elas.

Relativamente aos assuntos abordados com a mãe e com o pai sobre a sexualidade constata-se que existem cinco que praticamente não são tema de conversa: os sonhos molhados, a masturbação, a pornografia, a vida sexual dos adultos, a pílula e a homossexualidade.

O namoro, as mudanças corporais na adolescência, a Sida, outras DST e a gravidez são os assuntos mais falados com as mães. A menstruação é um assunto muito abordado, mas, quase exclusivamente por jovens do sexo feminino.

Com o pai destacam-se as mudanças corporais na adolescência e o namoro, como os temas mais abordados.

Quanto às outras fontes de informação disponíveis, 36% utilizam a internet para o esclarecimento de questões, enquanto, que o padre representa cerca 3%.

A maioria dos jovens considera-se bem informada sobre os assuntos relacionados com a sexualidade, cerca de 3% está relativamente bem informado; pouco mais de 4% admite ter dúvidas em afirmar que se sente realmente conhecedor acerca desta temática.

Entre os inquiridos que assumem que estão relativamente ou bem informados constatou-se a existência de duas categorias de respostas:

- Um conjunto adquire a informação através de uma procura ativa. 33% é pela escola, 15% pelos meios de comunicação social/internet, a mãe e os amigos são para cerca de 5% e 3% respetivamente;

- Os restantes assumem que obtêm os seus conhecimentos de uma forma passiva e perfeitamente ocasional. Ouvindo alguém falar, ou através de folhetos informativos, ou mesmo por campanhas de informação.

Relativamente à importância do papel dos interlocutores na educação sexual dos jovens estudados, verificou-se que a escola, os pais e os amigos surgem como os mais significativos, seguidos da internet e televisão respetivamente. Os interlocutores menos valorizados foram respetivamente, os livros científicos, a imprensa escrita e a igreja respetivamente.

Foi curioso verificar que os inquiridos recorrem frequentemente aos seus amigos, colegas e mãe para conversarem sobre as suas dúvidas acerca da sexualidade; todavia, verificou-se que estes consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna para esclarecerem as suas questões relacionadas com a temática, sendo considerada a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação.

Relativamente ao estudo da variável atitude face à sexualidade conclui-se que:

- não é influenciada pela idade dos adolescentes;
- não é influenciada pelo sexo;
- não é influenciada pelo facto dos inquiridos serem ou não praticantes de uma religião;
- não é influenciada pelas fontes de informação sobre sexualidade, tais como: amigos, irmãos, pais, professores ou colegas;

- parece ser influenciada pelo facto dos jovens seguirem, ou não, fielmente as normas religiosas. Constatou-se que os indivíduos que seguem fielmente as doutrinas da sua religião se revelam mais conservadores face à sexualidade.

A última etapa do diagnóstico, que pode ser considerada como o seu *output*, é a definição dos grandes problemas de saúde, problemas que deverão ser definidos a nível da saúde da população e não a nível dos serviços ou dos fatores condicionantes (Imperatori & Giraldes, 1982).

Assim, com o diagnóstico de situação foram identificados nos adolescentes estudados da Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão de Portalegre, os seguintes problemas relacionados com as atitudes face à sexualidade:

- Aproximadamente 15% dos inquiridos não recorre a ninguém para falar sobre a sexualidade;

- Apenas 2% do total dos inquiridos admitem falar com alguém sobre a sexualidade para se aconselhar;

- ¼ dos inquiridos sente dificuldade em conversar com os pais sobre a sexualidade, principalmente por não se sentirem à vontade ou por vergonha.;

- Só 16% dos inquiridos é que não estão preocupados com a SIDA.

- Os adolescentes não são alheios à problemática do vírus da SIDA.

- Assuntos como a pílula e a vida sexual dos adultos são raramente discutidos pelos inquiridos com os pais.

Como já referido por Stanhope & Lancaster (1999), muitas vezes os adolescentes não usam corretamente os contraceptivos, facto que pode estar relacionado com a falta de informação, falham na comunicação entre amigos, pais e profissionais de saúde e muitas vezes a falta de confidencialidade e acessibilidade a consultas de planeamento familiar;

- Mais de 89% dos inquiridos consideram-se bem informados acerca da sexualidade. Estes resultados poderão demonstrar o já referido sentimento de invulnerabilidade que os adolescentes por vezes manifestam nesta etapa do ciclo de vida. Outro dado ganha importância, e considera-se um elevado fator de risco, quando se revela que, concretamente na região onde foi feito o diagnóstico, existe a mais elevada taxa de gravidez na adolescência, como referido por Isabel (s.d).

A necessidade dos adolescentes inquiridos se informarem para esclarecer as suas inquietudes.

Como foi referido na análise de dados, os jovens estudados consideram a escola como a interlocutora mais fidedigna, para esclarecerem as suas inquietudes relacionadas com a sexualidade, sendo assim considerada a fonte acessível dotada de maior qualidade de informação.

Após análise dos problemas e necessidades, decidiu-se organizá-los numa área de intervenção mais vasta, com vista à definição de prioridades que possibilite a nossa intervenção.

Esta é a Educação Sexual que inclui os problemas relacionados com a não recorrência a fontes de informação/agentes sobre a sexualidade e a dificuldade em falar sobre o tema; a não valorização da problemática da SIDA. Inclui também as necessidades reais ou sentidas pelos adolescentes e que se identificaram.

Em 1999, com a publicação da Lei n.º 1/99, de 11 de Agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, no preâmbulo é referido que deve existir uma

“... maior eficácia nos dispositivos legais que garantam a promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C.”

No que se refere à escola Mouzinho da Silveira não se realizou nenhum diagnóstico (há um diagnóstico recente feito pelos alunos do anterior mestrado), a intervenção, baseou-se na relação entre o pedido dos temas, que foram propostos e considerados deficientes para esta comunidade educativa e docente, e o diagnóstico anterior, no sentido de colmatar problemas e necessidades identificados.

### 2.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Além dos problemas identificados e das necessidades manifestadas pelos inquiridos no diagnóstico de situação, foram identificadas outras necessidades manifestadas pelos professores durante a reunião prévia com estes, como a violência no namoro. Com o espaço temporal de que dispomos para a realização da intervenção, não é possível abordar os vários temas propostos pelos docentes das escolas e os identificados no diagnóstico de situação, como não podemos chegar a todos há que criar formas de escolher aqueles mais prementes de entre a lista de problemas.

Os critérios que foram utilizados para determinar as prioridades de entre a lista de problemas identificados, tiveram por base para além de algum critério clássico como a vulnerabilidade “ (:::) possibilidade de prevenir um caso de doença por uma causa determinada, e não a possibilidade de evitar uma morte por essa causa” (Imperatori & Giraldes, 1992, pp.66) outros tais como irreversibilidade ou dano, conformidade legal (é uma das prioridades do (PNS, 2004-2010) as atitudes da população, preocupações com os temas propostos pelos docentes responsáveis pela educação sexual das escolas (o que deve ser resolvido) e os temas propostos pelo PNSE para a faixa etária em questão, tiveram também

como preocupação aspetos metodológicos tais como o horizonte do plano e dimensões ligada ao tempo e aos recursos

Os critérios clássicos como a magnitude e a transcendência não foram tidos em conta por não ser possível determinar quer a prevalência de mortes por esta causa, quer no grupo etário em questão

Irreversibilidade ou dano são questionadas as consequências que podem advir da infeção por VIH, e as consequências da gravidez na adolescência sendo a irreversibilidade das mesmas complicadas.

Segundo Vilar (2004), a educação sexual surgiu numa tentativa de lutar contra o conservadorismo, mas também pelo número crescente das IST's (Infeções Sexualmente Transmissíveis), do VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) e de gravidezes não desejadas, que impunham a necessidade de medidas.

A gravidez na adolescência é uma realidade cada vez mais frequente e dramática em Portugal Sente-se, portanto, uma necessidade urgente de investir em medidas preventivas e estratégias de transmissão de conhecimentos à comunidade (Gomes & Sousa, 2005).

O Decreto-Lei n.º 259/2000 (2000:5786), de 17 de Outubro, faz referência a que deve existir apoio aos alunos relativamente à educação para a saúde e também sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva, sendo que no artigo 9.º se faz referência a que:

“1-Os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis”.

## 2.4 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Como já referido anteriormente o projeto, teve como área de atuação a Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão e Escola Secundária Mouzinho da Silveira na cidade de Portalegre A população alvo foi os Alunos do 8º 9º e CEF num total de 281 alunos repartidos pelos seguintes anos e turmas ver (Apêndice II Horário das sessões de educação)

Para a definição de objetivos os aspetos em consideração foram:

- Contribuir para a consecução dos objetivos propostos, pelo estágio que integra o projeto de educação sexual.
- E quais os objetivos podem ser atingidos a curto prazo, devido ao espaço temporal da implementação do projeto, e a seleção dos indicadores.

Como objetivo geral definiu-se

Dotar os jovens de competências que lhes permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade, através de sessões de educação que se realizaram em abril de 2012

tendo como população alvo os alunos do 8º, 9º e CEF da escola E B 2,3 Cristóvão Falcão e da Escola secundária Mouzinho da Silveira em Portalegre.

Como objetivos específicos pretendeu-se que os alunos no final das sessões de 90 minutos sejam capazes de:

- Compreender a importância das relações íntimas do desenvolvimento de cada um
- Identificar características associadas ao género masculino e feminino
- Conhecer as diversas formas de violência e de abuso sexual
- Reconhecer situações de abuso sexual, as estratégias dos agressores e identificar soluções e procurar ajuda;
- Identificar as implicações da gravidez na adolescência: aspetos sociais e individuais
- Conhecer o enquadramento legal da interrupção voluntária da gravidez
- Conhecer as IST mais frequentes e os modos de transmissão de cada uma delas
- Conhecer os serviços adequados e os recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva

A definição dos indicadores para a avaliação dos objetivos basearam-se nos aspetos metodológicos e operacionais, serem simples, flexíveis, mensuráveis e fáceis de obter.

Não foram definidos indicadores de impacto, por não se conseguir avaliar quais as reais mudanças produzidas nos padrões de vida na população alvo fruto desta intervenção.

- Como indicadores foram definidos indicadores de execução: os primeiros seis referentes à performance dos formadores, os três últimos à aquisição de conhecimentos por parte dos alunos.

Como meta espera-se que os alunos consigam no final das sessões atingir 80 % de satisfação em cada um dos indicadores abaixo referidos.

% de alunos que acharam importante a formação sobre sexualidade

%de alunos que ficaram satisfeitos com os temas apresentados

%de alunos que acharam os meios utilizados adequados

%de alunos que ficaram satisfeitos com a informação fornecida

% de alunos que acharam bom o domínio do tema pelos formadores

% de alunos que ficaram com as dúvidas esclarecidas

%de alunos que concorda que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade

% de alunos que discorda que o preservativo só evita a gravidez

% de alunos que discorda que o uso da pílula previne as IST'S

## 2.5 DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

Para a definição da estratégia houve necessidade de se recorrer à criatividade, e ter um conhecimento profundo do tema para podermos criar novas abordagens. Para (Stanhope & Lancaster, 1999:266). “uma base teórica forte, permite aos enfermeiros comunitários educarem os utentes com êxito”

Tendo por base a estratégia mais realizável, foi escolhida a promoção da saúde recorrendo a sessões de educação para a saúde, com base no modelo de Bandura com recurso aos meios audiovisuais, manipulação de material contraceptivo, folhetos e filmes.

A evolução do conceito saúde começou a ser determinada pela evolução científica nas múltiplas áreas do conhecimento humano e nas compreensões dos fenómenos sociais bem como a sua influência no bem-estar e qualidade de vida das populações.

As teorias e os modelos que surgiram no âmbito da educação para a saúde tentaram explicar a natureza dos comportamentos de saúde as influências a que estão sujeitos e propor estratégias que visem capacitar as populações e indivíduos para que se possam confrontar positivamente e liderar os seus processos de saúde. Para Sardinha, Matos e Loureiro (1999:12) “uma tomada de consciência das diversas teorias do comportamento e a capacidade de as aplicar na prática é o que distingue um profissional de qualidade de uma pessoa que se limita a desempenhar um conjunto de tarefas”

O projeto, foi desenvolvido com recurso a parceria, entre a Escola Superior de Saúde de Portalegre e as escolas Mouzinho da Silveira e Cristóvão Falcão com a participação dos estudantes do segundo mestrado em enfermagem comunitária envolvendo uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros alunos de mestrado, os docentes da ESSP e os professores das escolas.

A operacionalização de programas a nível comunitário passa muitas vezes pelo envolvimento de parcerias. O PNS prevê que se articulem “melhor os cuidados de saúde com outros grupos de apoio da sociedade civil...”, (PORTUGAL. Ministério da Saúde.2004:359).

As parcerias contribuem para a otimização dos recursos existentes na comunidade, bem como para uma maior divulgação da existência desses recursos.

A promoção da saúde não pode ser apenas assegurada pelo sector da saúde, a mesma, “exige uma acção coordenada de todos os intervenientes: governos, sectores da saúde, social e económicos, organizações não-governamentais e de voluntários, autarquias, empresas, comunicação social.” Refere ainda que as “populações de todos os meios devem ser envolvidas enquanto indivíduos, famílias e comunidades.” (Carta de Ottawa, 1986:2).

## 2.6 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO / EXECUÇÃO

. As sessões de educação decorreram nas instalações das escolas. Na Escola EB 2, 3 Cristóvão Falcão com um número máximo de 23 alunos do ensino dito regular por sessão de informação e com uma sessão aos 15 alunos do CEF. Na escola Secundária Mouzinho da Silveira tendo o mesmo número máximo de 23 alunos repartidos por 8º, 9º e CEF (10 alunos). As sessões de educação foram realizadas no período de 10 de Abril de 2012 a 16 de Abril de 2012 repartidas pelos horários facultados pela direção de ambas as escolas.

Foi desenvolvida uma abordagem inicial com os docentes responsáveis pela educação sexual nas escolas e com todos os elementos envolvidos no projeto, (alunos do mestrado e docentes da ESSP) onde foi dado a conhecer os possíveis temas, o horário e a duração da intervenção, foi feita uma colheita de áreas de interesse, bem como, das expectativas existentes, estas atividades foram desenvolvida no mês de Abril.

Nas reuniões foram acordadas as temáticas das sessões

No dia 10 de Fevereiro às 10 h (Escola Secundária Mouzinho da Silveira) com a diretora (Dra. Maria Arlanda Gouveia);

No dia 14 de Fevereiro às 10 h (Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão) com a diretora Sónia Basos (Apêndice I cronograma do projeto)

Os alunos de mestrado foram posteriormente divididos em grupos de dois, por não ser possível a realização das sessões pelo total dos alunos em simultâneo, as turmas foram selecionadas e distribuídas aleatoriamente pelos grupos, cabendo um total de quatro turmas a dois grupos e três turmas a outros dois grupos, foi tida também em conta a distribuição de turmas das diferentes escolas e ano de escolaridade aos vários grupos. A elaboração e realização das sessões foram da responsabilidade de cada grupo, refira-se que a mestranda pertence ao grupo II (dois) ver (Apêndice II horário e distribuição das sessões). Foram realizadas um total de quatro sessões três na Escola Mouzinho da silveira aos alunos do 8ºA, 8ºD e 9ºA e uma na Escola Cristóvão Falcão aos alunos do 9ºB num total de 88 alunos.

As sessões foram elaboradas com base na teoria de Bandura, para a planificação das sessões foi tido em conta que o desenvolvimento de “uma sessão de educação para a saúde não deve ser demasiado longa” e que a “organização, sequência, equilíbrio e fluidez são condições fundamentais para a eficácia da intervenção educativa, através de um processo fluido de abertura, divergência, expansividade, exploração criativa do tema e convergência integradora”, (Rodrigues, Pereira, Barroso, 2005:116). (apêndice III, plano de Sessão tipo)



São várias as metodologias empregues nas sessões, neste caso aplicou-se a metodologia ativa e participativa permitindo a partilha de informação; clarificação e aquisição de valores e atitudes.

As sessões iniciaram com um debate de ideias e a construção de uma definição de sexualidade por parte dos alunos, e dos afetos envolvidos.

“Para contextualizar as metodologias utilizadas na educação sexual, interessa referir que na prática escolar, a sexualidade depende de quatro factores psicosssexuais (envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais) e que são: a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual” (Sampaio *et al*, 2007).

Para a consecução de alguns objetivos recorreu-se ao método expositivo com recurso ao power point em sala de aula. (apêndice V CD meios audiovisuais)

Para Frade *et al* (1992), as pequenas exposições sobre uma ou outra questão não são de excluir, mas as longas dissertações para um grande público não são o melhor caminho pedagógico a seguir em educação sexual.

Para a realização do objetivo relacionado com a violência no namoro recorreu-se a um pequeno vídeo da APAV onde se retrata os vários tipos de violência psicológica, física e emocional apêndice V (CD meios audiovisuais) esta foi uma boa estratégia porque permitiu um debate de ideias relativamente ao tema, onde a violência psicológica esteve no centro do debate.

Para a prevenção das IST/VIH quisemos dar ênfase à importância do preservativo como único meio de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, através de um pequeno filme que retrata a correta colocação do preservativo, (apêndice V CD meios audiovisuais) foi ainda dada oportunidade aos alunos de manipular e conhecer os vários métodos contracetivos existentes no mercado.

“Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, na transmissão das informações necessárias (...) devem utilizar uma linguagem clara, adaptada á pessoa a quem a mensagem se destina e recorrer a outras técnicas disponíveis, além da transmissão oral”, com folhetos, imagens e filmes. (Machado, 2009:60).

Recorreu-se ainda como motivo de reflexão à letra da música “Escolhas” de Sara Tavares que refere a liberdade de escolha dos cidadãos, e enfatiza que no pleno desenvolvimento da cidadania nem tudo o que pode fazer lhe convém ver (ANEXO I letra da musica).

A reflexão dos jovens, acerca dos seus comportamentos, é um importante objetivo nas sessões de educação. No processo de educação sexual, a reflexão é decisiva para a aprendizagem, encoraja os adolescentes a consolidar o que aprenderam e a desenvolver uma nova compreensão, novas capacidades e atitudes.

Para dar a conhecer os recursos existentes na comunidade, elaborou-se e foi distribuído um folheto com todos os recursos, serviços e os respetivos contactos, bem como os horários de funcionamentos das referidas instituições. O recurso a folhetos para a consecução deste objetivo prende-se pelo facto de a informação se encontrar escrita e ser de fácil consulta. (Apêndice IV folheto), “Os enfermeiros poderão também ter a preocupação de deixar aos adolescentes informações escritas para possíveis esclarecimentos futuros, assim como deixar uma forma de contacto dos enfermeiros, para a exposição de dúvidas que surjam posteriormente” (Ferreira *et al*, 2004).

No final das secções de educação e em resumo foi construído um vídeo pelas mestrandas, (apêndice V CD meios audiovisuais) onde o tema foi apresentado de forma positiva expressando que apesar de existir violência no namoro doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência, há sempre mais do que um aspeto positivo nas escolhas saudáveis. Permitindo expor as possíveis hipóteses de escolha que se deparam ao adolescente, criando espaço para a análise e livre debate de ideias, vislumbrando-se as vantagens e desvantagens de atitudes e comportamentos assumidos, contribuindo para o amadurecimento interior de cada um. Os meios audiovisuais utilizados nas sessões atrás referidos encontram-se no apêndice V (CD meios audiovisuais)

A avaliação das sessões foi feita com a utilização de um questionário. O questionário foi construído pelos mestrandos com o objetivo de responder aos objetivos e aos indicadores de execução, a primeira parte do questionário permite avaliar o momento formativo em termos genéricos em torno das temáticas sexualidade e adolescência, A segunda parte, o desempenho do formador, na perspetiva do formando, designadamente acerca da adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos, satisfação com a informação fornecida, domínio desta por parte do formador e a capacidade para o esclarecimento das dúvidas dos formandos; Por último, permite aferir junto dos alunos, o impacto da formação nos conhecimentos adquiridos, acerca de adolescência como etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade, preservativo e gravidez e utilização da pílula e as IST.

## 2.7 AVALIAÇÃO

“Após a aplicação das técnicas de educação, há que avaliar a eficácia da acção no que respeita às mudanças desejadas e ocorridas, avaliando-se também os vários componentes da educação, como o desempenho dos educadores, técnicas e materiais utilizados, níveis de satisfação relativas à informação apresentada, ao modo como se desenrolaram os debates e como funcionou o grupo” (Frade *et al*, 1992).

A avaliação foi feita com recurso a um questionário aplicado no final de cada sessão ver (Apêndice VI questionário de avaliação)

A análise dos resultados foi feita com recurso ao programa informático SPSS

A análise dos resultados, das respostas da amostra ao questionário, está dividida em 3 partes essenciais.

Em primeiro lugar será analisado o momento formativo em termos genéricos, ou seja, se estas temáticas “sexualidade e adolescência”, de uma forma geral, suscitam interesse no público-alvo. As questões que monitorizam este aspeto são: “Achas importante este tipo de formação sobre adolescência e sexualidade?” e “Estás satisfeito com os temas apresentados?”.

Em seguida é colocado no centro o formador e é averiguada a *performance* deste sobre a perspetiva do formando, isto é, são tecidas algumas considerações acerca: da adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos; satisfação com a informação fornecida; domínio desta por parte do formador e, por fim, a capacidade para o esclarecimento das dúvidas dos formandos.

Finalmente será a vez do formando assumir a centralidade através do questionamento acerca do impacto da formação sobre os conhecimentos adquiridos por estes, através das perguntas: “A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade”; “O preservativo só evita a gravidez” e “O uso de pílula previne as IST”.

Foram, ainda, tidas em conta e anotadas as seguintes perguntas que surgiram no decorrer da sessão.

Porque existe a homossexualidade?

Porque é que os homossexuais são agressivos na interação?

Que tipo de violências existe?

Em que medida os mestrandos conseguiram estabelecer uma boa relação com a comunidade educativa?

A pertinência pela apresentação dos resultados em dois grupos (A e B) prende-se pelo facto de ver se existem diferenças entre os grupos das diferentes escolas. Os resultados referentes à prestação do grupo dois a que pertence a mestranda, são tratados e apresentados posteriormente, (também dividindo as duas turmas MS e CF) com a finalidade de fazer referência especificamente à sua prestação em relação ao grupo em geral.

## **Análise dos resultados da turma A**

Relativamente à apreciação e opinião dos formandos acerca da importância da formação, satisfação acerca dos temas apresentados, adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos e satisfação com a informação fornecida.

**Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação**

<b>Importância da formação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	0	0
Sim	88	100,0
Total	88	100,0

Todos os jovens inquiridos acharam importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência.

**Tabela 2 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência**

<b>Importância da formação</b>	<b>N</b>
Mais e melhor informação	10
Evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência	5
Esclarecimento sobre DST e IST	4
Esclarecimento das suas dúvidas pessoais	3
Mais seguros, conhecer os riscos, evitar "asneiras"	3
Antes do início da vida sexual	3
Fazer escolhas com mais consciência	2
Preparação para a vida	1

Em primeiro lugar, importa referir que 53 jovens não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade.

Do total de respostas acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade pode constatar-se o seguinte:

10 inquiridos respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;

- 5 referem que a formação foi importante para evitar uma gravidez indesejada e/ou uma gravidez na adolescência;
- 4 Centram a importância da formação no esclarecimento acerca das DST e IST;
- 3 mencionam ser particularmente importante no esclarecimento das suas dúvidas pessoais sobre estes assuntos;
- 3 Acham que uma formação destas serve, sobretudo, para estarem mais seguros, conhecedores dos riscos que correm e “evitar asneiras”;
- Para outros 3 foi muito importante por ser antes do início da vida sexual;
- 2 destacam a ideia de que vão conseguir fazer escolhas mais conscientes;
- 1 refere que agora se sente melhor preparado para a vida futura.

**Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados**

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	8	9,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	3,4
Satisfeito	28	31,8
Muito satisfeito	49	55,7
Total	88	100,0

Apenas cerca de 13% do total da amostra se mostrou insatisfeito ou mesmo indiferente em relação aos temas apresentados.

Aproximadamente 32% dos inquiridos admitem ter ficado satisfeito e 56% muito satisfeito relativamente aos temas abordados.

**Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados**

Meios utilizados	N	%
------------------	---	---

Meios utilizados	N	%
Não	0	0
Sim	88	100,0
Total	88	100,0

A totalidade da amostra estudada considera que os meios utilizados foram adequados à formação.

**Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida**

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	3	3,4
Satisfeito	39	44,3
Muito satisfeito	44	50,0
Não responde	2	2,3
Total	88	100,0

Dos 88 jovens inquiridos, 3 consideram-se muito insatisfeitos em relação à informação apresentada na formação. No entanto, um pouco mais de 94% mostraram-se satisfeitos (cerca de 44%) ou mesmo muito satisfeitos (50%) relativamente à referida formação.

Em seguida será abordada a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos. Analisar-se-á o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

**Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados**

<b>Domínio dos temas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Suficientes	2	2,3
Bons	21	23,9
Muito bons	65	73,9
Total	88	100,0

A totalidade da amostra faz uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores.

Cerca de 2% considera que os formadores dominaram os temas apenas satisfatoriamente. Aproximadamente 24% e 74% consideram que estes tiveram, respetivamente, um bom ou muito bom domínio das temáticas apresentadas.

**Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas**

<b>Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito insatisfeito	1	1,1
Insatisfeito	1	1,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	3	3,4
Satisfeito	32	36,4
Muito Satisfeito	51	58,0
Total	88	100,0

Do total de inquiridos 1 ficou muito insatisfeito e outro insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre o tema 3 admitem ter ficado nem satisfeitos nem insatisfeitos.

Mais de 36% assumem que ficaram satisfeitos e 58% muito satisfeitos em relação à adequação da formação para o esclarecimento das suas perplexidades.

Finalmente, e através das próximas 4 tabelas será possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

**Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência**

<b>Liberdade e responsabilidade na adolescência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem opinião	2	2,3
Concordo	30	34,1
Concordo totalmente	56	63,6
Total	88	100,0

Todos os jovens admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade, excetuando os 2 inquiridos que não têm opinião formada sobre a questão; cerca de 34% concorda e aproximadamente 64% concordam totalmente com esta afirmação – a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

**Tabela 9 – Afetos envolvidos na sexualidade**

<b>Afetos</b>	<b>N</b>
Amor	38
Amizade	14
Paixão	4



<b>Afetos</b>	<b>N</b>
Carinho	31
Beijos	11
Temura	8
Abraços	6
Intimidade	6
Contacto	4
Afeto	3
Sexo	2
Mãos dadas	1
Confiança	11
Respeito	10
Responsabilidade	3
Sinceridade	1
Cumplicidade	1
Fidelidade	1
Segurança	1
Companhia	1
Prazer	4
Satisfação	2
Desejo	1
Culpa	1
Insultos	1
Ofensas	1

Relativamente aos afetos envolvidos na sexualidade a maioria dos inquiridos identifica o amor (38 jovens), o carinho (31), a amizade (14), os beijos (11), a confiança (11) e o respeito (10) como os mais relevantes.

A ternura (8), a intimidade (6), os abraços (6), o prazer (4), o contacto (4), a paixão (4), o afeto (3) e a responsabilidade (3) são também aspetos mencionados algumas vezes pelos jovens em estudo.

Entretanto, decidiu-se agrupar algumas respostas em dimensões, dada a sua proximidade em termos teóricos, no sentido de se compreender melhor a tendência das respostas da amostra. Assim, apresentam-se por ordem decrescente de frequência de respostas (dentro de cada uma das categorias inframencionadas):

66 das respostas dadas pelos inquiridos incidem sobre as palavras Amor, Amizade e Paixão;

72 respostas referem pelo menos uma destas palavras - Carinho, Beijos, Ternura, Abraços, Intimidade, Contato, Afeto e sexo;

29 respostas identificam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Sinceridade, Cumplicidade, Fidelidade, Segurança e Companhia;

Prazer, Satisfação e Desejo foi referido sete vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;

Importa também destacar que 3 respostas denotam uma visão pouco otimista em relação à sexualidade, destacando, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Culpa, Insultos e Ofensas.

**Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”**

<b>O preservativo só evita a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	64	72,7
Discordo	11	12,5
Sem opinião	3	3,4
Concordo	9	10,2
Concordo totalmente	1	1,1
Total	88	100,0

A generalidade dos inquiridos discorda com o facto de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento de uma gravidez.

Existindo 3 jovens que não manifestaram opinião sobre o assunto e é preocupante, contudo, verificar que mais de 11% do total da amostra concorda com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceutivo.

**Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”**

<b>O uso da pílula previne IST</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	62	70,5
Discordo	12	13,6
Sem opinião	9	10,2
Concordo	4	4,6
Concordo totalmente	1	1,1
Total	88	100,0

Mais uma vez, se constata que a maioria dos jovens que compõem a amostra em estudo respondem corretamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para uma IST. Ou seja, cerca de 84% discordam de que assim o seja.

Estranhamente, observa-se um elevado número indivíduos sem opinião sobre esta pergunta, bem como um total de aproximadamente 6% de inquiridos que acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir a contração de uma IST.

### **Análise dos resultados da turma B**

Através das 4 tabelas apresentadas em seguida podem retirar-se conclusões acerca da apreciação e opinião dos formandos acerca da importância da formação, satisfação acerca dos temas apresentados e adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos.

**Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação**

<b>Importância da formação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	0	0
Sim	191	99,0
Não responde	2	1,0
Total	193	100,0

Tal como na turma A, a totalidade da amostra em estudo reconheceu como importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência.

**Tabela 13 – Importância da formação sobre sexualidade e adolescência**

<b>Importância da formação</b>	<b>N</b>
Maior qualidade e quantidade de informação	31
Mais alerta e desperto para os perigos	7
Evitar erros futuros	3
Sentimento de segurança	2
Evitar gravidez indesejada	2
Favorecer comportamentos saudáveis	2
Início de vida sexual mais seguro	1
Uma forma de crescer	1
Melhor preparação para a vida	1

Importa sublinhar, desde já, que 119 dos jovens inquiridos não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade.

De entre os indivíduos que responderam à pergunta acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade verificou-se o seguinte:

- 31 jovens justificam a importância da formação apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto;

- 7 referem que a formação foi importante para estarem mais alerta e despidos para os perigos em torno da sexualidade e início da mesma;
- Para 3 a formação foi fundamental para o esclarecimento acerca das DST e IST;
- 3 mencionam ter sido particularmente importante para evitarem erros no futuro;
- 2 acham que uma formação destas serve, sobretudo, para lhes dar um sentimento de segurança face ao desconhecido;
- Em 2 casos foi útil para saberm como evitar uma gravidez indesejada;
- 2 indivíduos sublinham que a mais-valia desta formação se prende com o facto de favorecer comportamentos saudáveis;
- 2 destacam a ideia de que vão conseguir ter um início da sua vida sexual mais seguro;
- Para 1 dos jovens inquiridos a participação nesta formação foi uma forma de crescer;
- 1 refere que agora se sente melhor preparado para a vida

**Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados**

Satisfação com os temas	N	%
Muito insatisfeito	5	2,6
Insatisfeito	2	1,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	4,7
Satisfeito	102	52,8
Muito satisfeito	75	38,9
Total	193	100,0

Aproximadamente 4% do total dos jovens admite ter ficado insatisfeito ou mesmo muito insatisfeito no que respeita às temáticas abordadas na formação sobre sexualidade e adolescência. Destaca-se, porém, que aproximadamente 5% se mostrou indiferente em relação à referida formação.

Por sua vez, mais de 91% referem ter ficado satisfeitos (52,8%) ou muito satisfeitos (38,9%) relativamente aos temas abordados.

**Tabela 15 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados**

Meios utilizados	N	%
Não	1	0,5
Sim	192	99,5
Total	193	100,0

Todos os jovens inquiridos consideram que os meios utilizados foram adequados à formação.

**Tabela 16 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida**

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	5	2,6
Insatisfeito	1	0,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	10	5,2
Satisfeito	98	50,8
Muito satisfeito	78	40,4
Não responde	1	0,5
Total	193	100,0

Pouco mais de 3% da amostra estudada admite ter ficado insatisfeita ou muito insatisfeita em relação à informação fornecida através da formação.

Cerca de 5% apresentam-se nem satisfeitos nem insatisfeitos em relação à mesma.

Mais de 50% ficaram satisfeitos e cerca de 40% consideram-se mesmo muito satisfeitos relativamente à informação apresentada na formação sobre sexualidade e adolescência.

Em seguida será analisada a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos. Analisar-se-á o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

**Tabela 17 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados**

<b>Domínio do temas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Maus	1	0,5
Suficientes	16	8,3
Bons	71	36,8
Muito bons	103	53,4
Não responde	2	1,0
Total	193	100,0

À semelhança dos jovens inquiridos da turma A; também estes fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores. Existindo apenas um indivíduo que considerou que os formadores revelaram um mau domínio em relação aos temas.

Cerca de 8% admite que o domínio sobre as temáticas pelos formadores foi satisfatório. Aproximadamente 37% referem que os formadores tiveram um bom domínio sobre os temas apresentados e cerca de 73% consideram que estes demonstraram mesmo um muito bom domínio sobre as mesmas.

**Tabela 18 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas**

<b>Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito insatisfeito	2	1,0
Insatisfeito	1	0,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	12	6,2
Satisfeito	86	44,6
Muito Satisfeito	90	46,6
Não responde	2	1,0
Total	193	100,0

Apenas 2% do total da amostra se demonstrou insatisfeito ou mesmo muito insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência. Cerca de 6% considera que nem ficou satisfeito nem insatisfeito. Mais de 44% admitem ter ficado satisfeitos e cerca de 46% muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

Em seguida serão realizadas algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

**Tabela 19 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência**

<b>Liberdade e responsabilidade na adolescência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	1	0,5
Discordo	3	1,6
Sem opinião	13	6,7
Concordo	66	34,2
Concordo totalmente	109	56,5
Não responde	1	0,5
Total	193	100,0

Cerca de 2 % dos inquiridos não consideram que a adolescência seja uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. Aproximadamente 7% não têm opinião sobre o assunto.

Pouco mais de 34% concorda com esta afirmação e aproximadamente 57% concordam totalmente.



**Tabela 20 – Afetos envolvidos na sexualidade**

<b>Afetos</b>	<b>N</b>
Amor	80
Amizade	23
Paixão	6
Carinho	62
Sexo	15
Beijos	14
Intimidade	12
Abraços	7
Afeto	7
Toque	7
Partilha	3
Temura	3
Masturbação	3
Contacto	3
Confiança	18
Respeito	11
Responsabilidade	7
Companhia	6
Compreensão	2
Prazer	12
Emoção	4
Desejo	3
Atração	2

Afetos	N
Violência	4
Tristeza	2
Ansiedade	1

No que respeita aos afetos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor (80 jovens), o carinho (62), a amizade (23), a confiança (18), o sexo (15), os beijos (14), a intimidade (12), o prazer (12) e o respeito (11) como os mais importantes. Replicando, quase taxativamente, os resultados encontrados nas respostas dos inquiridos da turma A.

Porém, com a finalidade de se compreender melhor a tendência das respostas da amostra decidiu-se agrupar algumas respostas em dimensões, através das suas proximidades em termos teóricos.

Assim apresentam-se, por ordem decrescente de frequência de respostas (dentro de cada uma das categorias abaixo referidas):

- 109 das respostas mencionam pelo menos uma das palavras Amor, Amizade e Paixão;
- 134 referem pelo menos uma destas palavras - Carinho, Beijos, Sexo, Intimidade, Abraços, Toque, Afeto, Ternura, Partilha, Contacto e Masturbação;
- 44 respostas focam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Companhia e Compreensão;
- Prazer, Emoção, Desejo e Atração foram mencionados sete vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;
- Sublinha-se porém, que em 7 das respostas verifica-se não ter existido uma experiência particularmente positiva em relação à sexualidade, já que destacam, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Violência, Tristeza e Ansiedade.

**Tabela 21 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”**

O preservativo só evita a gravidez	N	%
Discordo totalmente	124	64,2

<b>O preservativo só evita a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo	42	21,8
Sem opinião	7	3,6
Concordo	10	5,2
Concordo totalmente	10	5,2
Total	193	100,0

A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contraceptivo. Aproximadamente 4% não tecem qualquer opinião sobre esta questão.

Tal como na turma A volta a constatar-se que cerca de 10% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

**Tabela 22 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”**

<b>O uso da pílula previne IST</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	127	65,8
Discordo	32	16,6
Sem opinião	10	5,2
Concordo	13	6,7
Concordo totalmente	11	5,7
Total	193	100,0

Tal como na resposta à pergunta anterior, verifica-se que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST. Cerca de 82% discordam desta premissa.

Todavia, é surpreendentemente constatar-se que, para além dos cerca de 5% de jovens que não têm opinião sobre esta pergunta, um total de aproximadamente 12% dos inquiridos

ridos consideram que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST.

### **Análise dos resultados grupo dois**

Na análise dos resultados referentes as turmas do grupo dois, optou-se por apresentar apenas os dados referentes aos indicadores, porque quer em relação aos afetos envolvidos quer em relação a importância da formação os mesmos refletem os dados do grupo em geral, apenas de salientar que nestes adolescentes não há referencia a sentimentos menos positivos face a sexualidade.

### **Análise dos resultados Turma MS**

**Tabela 23 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação MS**

<b>Importância da formação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	69	98,6
Não responde	1	1,4
Total	70	100,0

A Totalidade da amostra que responde à pergunta considera importante participar na formação sobre sexualidade e adolescência.

Sublinha-se que existe 1 estudante que decide não responder à questão.

**Tabela 24 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados MS**

<b>Satisfação com os temas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito insatisfeito	3	4,3

Satisfação com os temas	N	%
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	7,1
Satisfeito	36	51,4
Muito satisfeito	26	37,1
Total	70	100,0

Cerca de 51% dos jovens inquiridos reconhecem ter ficado satisfeitos e cerca de 37% muito satisfeitos relativamente aos temas abordados.

Existem apenas cerca de 4% de estudantes muito insatisfeitos.

Cerca de 7% apresentam-se aparentemente indiferentes em relação aos temas apresentados.

Em seguida será feita a análise do domínio que os formadores demonstram, na perspetiva dos formandos, acerca dos meios e temas apresentados e ainda a sua capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

**Tabela 25 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados**  
**MS**

Meios utilizados	N	%
Não	0	0
Sim	70	100,0
Total	70	100,0

Todos os jovens inquiridos consideram que os meios utilizados foram adequados à formação.

**Tabela 26 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida**  
**MS**

Satisfação com a informação fornecida	N	%
---------------------------------------	---	---

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Muito insatisfeito	4	5,7
Insatisfeito	1	1,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	4,3
Satisfeito	32	45,7
Muito satisfeito	29	41,4
Não responde	1	1,4
Total	70	100,0

Aproximadamente 86% mostrou-se satisfeito (aproximadamente 46%) ou mesmo muito satisfeito (cerca de 41%) relativamente à informação fornecida durante a formação.

Existe cerca 7% que se considera insatisfeito ou mesmo muito insatisfeito em relação à informação apresentada na formação.

1 jovem não responde à questão.

**Tabela 27 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados MS**

Domínio dos temas	N	%
Suficientes	4	5,7
Bons	29	41,4
Muito bons	35	50,0
Não responde	2	2,9
Total	70	100,0

Basicamente todos os jovens estudados fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio dos formadores ao nível das temáticas apresentadas.

Metade considera que os formadores tiveram um muito bom domínio das temáticas apresentadas. Cerca de 41% acham que estes tiveram um bom desempenho.

Apenas 4 inquiridos ficam com a perceção que os formadores dominam os temas apenas satisfatoriamente.

Importa sublinhar porém que 2 estudantes não respondem à pergunta.

**Tabela 28 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas MS**

Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas	N	%
Muito insatisfeito	1	1,4
Nem satisfeito nem insatisfeito	4	5,7
Satisfeito	26	37,1
Muito Satisfeito	38	54,3
Não responde	1	1,4
Total	70	100,0

Verifica-se que cerca de 91% do total da amostra em estudo se considera satisfeita (cerca de 37%) ou mesmo muito satisfeita (cerca de 54%) relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre o tema.

Todavia, Importa destacar o caso do estudante que admitiu ter ficado muito insatisfeito. Existe ainda 1 inquiridos que não têm opinião relativamente a esta questão.

Entretanto, através das próximas 3 tabelas, é possível tecer algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos, pelos formandos, sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

**Tabela 29 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência MS**

<b>Liberdade e responsabilidade na adolescência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	1	1,4
Discordo	1	1,4
Sem opinião	3	4,3
Concordo	21	30,0
Concordo totalmente	44	62,9
Total	70	100,0

Praticamente todos os estudantes admitem que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

Aproximadamente 63% concorda totalmente e 30% concordam com a afirmação – a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

3 dos inquiridos não parecem ter opinião formada sobre a questão.

Existem porém 2 indivíduos que discordam da afirmação.

**Tabela 30 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez”MS**

<b>O preservativo só evita a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	42	60,0
Discordo	15	21,4
Sem opinião	1	1,4
Concordo	4	5,7



O preservativo só evita a gravidez	N	%
Concordo totalmente	8	11,4
Total	70	100,0

A generalidade da amostra discorda com o facto de que a utilização do preservativo só evita o aparecimento de uma gravidez.

60% discorda totalmente e cerca de 21% discorda com a afirmação.

1 jovem não manifestou opinião sobre o assunto.

Sublinha-se sobretudo, o facto de existirem cerca de 17% de jovens que concordam com a ideia de que o preservativo serve apenas como método contraceptivo; Aproximadamente 6% concorda e cerca de 11% concordam totalmente.

**Tabela 31 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”MS**

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	39	55,7
Discordo	15	21,4
Sem opinião	3	4,3
Concordo	5	7,1
Concordo totalmente	8	11,4
Total	70	100,0

Constata-se que a maioria dos estudantes que compõem a amostra em estudo respondem corretamente à questão do uso da pílula como meio preventivo para uma IST. Aproximadamente 56% discorda totalmente e cerca de 21% discorda desta afirmação.

Porém, observam-se 3 indivíduos sem opinião sobre esta pergunta.

Cerca de 7% dos jovens estudados concorda e cerca de 11% concordam totalmente que o uso de pílula é um meio de prevenir a contração de uma IST.

## **Análise dos resultados Turma CF**

**Tabela 32 – Distribuição dos inquiridos segundo a importância da formação CF**

<b>Importância da formação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	17	94,4
Não responde	1	5,6
Total	18	100,0

Os inquiridos que respondem à pergunta reconhecem que foi importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência.

1 dos jovens não responde à questão.

**Tabela 33 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com os temas apresentados CF**

<b>Satisfação com os temas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito insatisfeito	1	5,6
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	11,1
Satisfeito	6	33,3
Muito satisfeito	9	50,0
Total	18	100,0

Metade do total da amostra admite ter ficado muito satisfeito no que respeita às temáticas abordadas na formação sobre sexualidade e adolescência. Cerca de 33% ficou satisfeito.

Apenas 1 dos jovens se sentiu muito insatisfeito.

2 dos inquiridos apresentaram-se indiferentes em relação às temáticas tratadas.

De seguida será estudada a qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos. Será analisado ainda o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e sua capacidade para o esclarecimento de dúvidas.

**Tabela 34 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a adequação dos meios utilizados**  
**CF**

Meios utilizados	N	%
Sim	17	94,4
Não responde	1	5,6
Total	18	100,0

1 dos estudantes não tece qualquer apreciação acerca da adequação dos meios utilizados para a formação.

Entre os que respondem à pergunta, todos consideram que estes foram adequados à formação.

**Tabela 35 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação com a informação fornecida**  
**CF**

Satisfação com a informação fornecida	N	%
Satisfeito	12	66,7
Muito satisfeito	6	33,3
Total	18	100,0

Todos os inquiridos expressam uma apreciação positiva acerca da informação que lhes foi fornecida.

6 referem que ficaram muito satisfeitos e 12 admitem mesmo ter ficado satisfeitos.

**Tabela 36 – Distribuição dos inquiridos de acordo com o domínio dos formadores em relação aos temas apresentados CF**

<b>Domínio do temas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Suficientes	1	5,6
Bons	9	50,0
Muito bons	8	44,4
Total	18	100,0

De uma forma geral os estudante fazem um juízo positivo relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas, por parte dos formadores.

8 jovens referem que os formadores tiveram um muito bom domínio sobre os temas apresentados e 9 consideram que estes demonstraram um bom domínio sobre as mesmas.

**Tabela 37 – Distribuição dos inquiridos segundo a satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas CF**

<b>Satisfação relativa ao esclarecimento de dúvidas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nem satisfeito nem insatisfeito	1	5,6
Satisfeito	9	50,0
Muito Satisfeito	8	44,4
Total	18	100,0

Apenas 1 indivíduo se demonstrou nem satisfeito nem insatisfeito relativamente ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática da sexualidade e adolescência.

9 estudantes admitem ter ficado satisfeitos e 8 muito satisfeitos relativamente ao esclarecimento das suas dúvidas.

Entretanto serão desenhadas algumas considerações acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre as problemáticas da adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

**Tabela 38 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre a fase da adolescência CF**

<b>Liberdade e responsabilidade na adolescência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem opinião	1	5,6
Concordo	7	38,9
Concordo totalmente	10	55,6
Total	18	100,0

A quase totalidade dos jovens admite que a adolescência é uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade. 7 inquiridos concordam com esta afirmação e 10 concordam totalmente.

**Tabela 39 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião acerca de “o preservativo só evita a gravidez” CF**

<b>O preservativo só evita a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discordo totalmente	16	88,9
Discordo	1	5,6
Concordo	1	5,6
Total	18	100,0

A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contracetivo. 1 dos inquiridos discorda desta premissa.

1 estudante admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

**Tabela 40 – Distribuição dos inquiridos segundo a opinião sobre “o uso da pílula previne IST”CF**

O uso da pílula previne IST	N	%
Discordo totalmente	12	66,7
Discordo	4	22,2
Sem opinião	2	11,1
Total	18	100,0

Apesar de existirem 2 jovens que não têm opinião sobre a utilização da pílula como meio de prevenir uma infeção sexualmente transmissível, na verdade, todos aqueles que tecem uma opinião mencionam que a utilização deste método contraceptivo não pode ser considerado como um meio de prevenção para uma infeção sexualmente transmissível.

### **2.7.1 Discussão e análise**

Dos resultados obtidos podemos concluir que, relativamente à apreciação e opinião dos formandos acerca da importância da formação, satisfação acerca dos temas apresentados, adequação dos meios utilizados para apresentar os assuntos e satisfação com a informação fornecida, a totalidade da amostra em estudo reconheceu como importante a frequência e participação na formação sobre sexualidade e adolescência. Todos os jovens inquiridos consideram que os meios utilizados foram adequados à formação. Importa sublinhar que 119 dos jovens inquiridos na turma B não responderam à pergunta acerca da importância da formação sobre a adolescência e sexualidade e 53 na turma A

Do total de respostas acerca da pertinência da formação sobre adolescência e sexualidade pode constatar-se o seguinte:

- 10 Inquiridos da turma A respondem em torno de mais e melhor informação sobre a temática;
- 31 Jovens da turma B justificam a importância da formação apenas no facto de esta os munir de maior qualidade e quantidade de informação sobre o assunto.

No que refere à qualidade da interação entre os formadores e os formandos, na perspetiva dos formandos. Analisou-se o domínio que os formadores demonstram acerca dos temas apresentados e a capacidade para o esclarecimento de dúvidas. À semelhança dos jovens inquiridos da turma A; também os da turma B fazem uma apreciação positiva relativamente ao domínio acerca das temáticas apresentadas por parte dos formadores.

O último domínio a ser avaliado foi acerca dos conhecimentos adquiridos pelos formandos sobre adolescência, sexualidade, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis. Todos os adolescentes admitem a adolescência como uma etapa da vida marcada pela liberdade e responsabilidade.

No que respeita aos afetos envolvidos na sexualidade a generalidade dos jovens identifica o amor (80 jovens), o carinho (62), a amizade (23), a confiança (18), o sexo (15), os beijos (14), a intimidade (12), o prazer (12) e o respeito (11) como os mais importantes. Replicando, quase taxativamente, os resultados encontrados nas respostas dos inquiridos da turma A.

Porém, com a finalidade de se compreender melhor a tendência das respostas da amostra decidiu-se agrupar algumas respostas em dimensões, através das suas proximidades em termos teóricos que se apresenta, por ordem decrescente de frequência de respostas (dentro de cada uma das categorias abaixo referidas):

- 109 Das respostas mencionam pelo menos uma das palavras Amor, Amizade e Paixão;
- 134 Referem pelo menos uma destas palavras - Carinho, Beijos, Sexo, Intimidade, Abraços, Toque, Afeto, Ternura, Partilha, Contacto e Masturbação;
- 44 Respostas focam pelo menos um destes termos - Confiança, Respeito, Responsabilidade, Companhia e Compreensão;
- Prazer, Emoção, Desejo e Atração foi referido sete vezes, por pelo menos 1 dos inquiridos;

Sublinha-se porém, que na turma B em 7 das respostas verifica-se não ter existido uma experiência particularmente positiva em relação à sexualidade, já que destacam, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Violência, Tristeza e Ansiedade. Já na turma A houve 3 respostas que denotam a mesma visão pouco otimista em relação à sexualidade, destacando, pelo menos, um dos seguintes aspetos – Culpa, Insultos e Ofensas., estes dados refletem a preocupação que os docentes da escola manifestaram a quando da reunião prévia sobre a violência no namoro.

A grande maioria dos jovens discorda com o facto de que o preservativo seja utilizado apenas como método contracetivo. Aproximadamente 4% não tecem qualquer opinião sobre esta questão.

Em ambas as turmas se constata que cerca de 10% do total de inquiridos admite que o preservativo existe apenas para evitar uma gravidez.

Tal como na resposta acerca do preservativo se verifica que a generalidade dos inquiridos respondem acertadamente à pergunta do uso da pílula como método preventivo para uma IST. Pois cerca de 82% discordam desta premissa.

Estranhamente, na turma A observa-se um elevado número indivíduos sem opinião sobre esta pergunta. Assim como, um total de aproximadamente 6% de inquiridos que acreditam que o uso da pílula é um meio de prevenir a contração de uma IST.

Na turma B, é surpreendentemente constatar-se que, para além dos cerca de 5% de jovens que não têm opinião sobre esta pergunta, um total de aproximadamente 12% de inquiridos consideram que o uso da pílula pode ser considerado como um meio de prevenção para uma IST.

Tal como na análise do grupo em geral também em relação as turmas pertencentes ao grupo dois foi analisado o momento formativo em termos genéricos em torno das temáticas sexualidade e adolescência, o desempenho dos formadores na perspetiva dos formandos, adequação dos meios utilizados, satisfação com a informação fornecida, domínio desta por parte dos formadores e capacidade para o esclarecimento de dúvidas, e por último é indagada a amostra sobre o impacto da formação nos conhecimentos adquiridos. A análise dos resultados referentes a estas turmas refletem quase taxativamente os resultados obtidos pelo grupo em geral, em todos os domínios analisados. De referir contudo, que da apreciação que os formandos fazem acerca da performance dos formadores, os resultados obtidos são de 100% em quase todos os itens, com exceção do item satisfação em relação ao esclarecimento de dúvidas, na turma da MS, que embora tenha superado a meta para este indicador, foi de 91,4%.

Assim como no grupo em geral, também os adolescentes destas turmas refletem dificuldades em relação aos meios contraceptivos para a prevenção de uma IST, com cerca de 17% dos indivíduos da escola MS e de 11% da escola CF que não têm opinião ou têm dúvidas em relação a estas temáticas.

Estes resultados sublinham que com a aplicação das intervenções de enfermagem se obtiveram resultados positivos nos grupos intervencionados.

Existe uma clara evidência da necessidade de acompanhamento prolongando, pois só dessa forma podemos tirar melhores conclusões, acerca da adoção de estilos de vida saudável. Ainda há alunos com dificuldade e dúvidas em relação aos meios contraceptivos, facto que não é de estranhar, uma vez que não é com uma sessão de educação que podemos esclarecer as dúvidas e abranger todas as necessidades de informação, este é um processo que implica continuidade.



Tendo presentes os resultados do projeto podem concluir-se que os jovens sentem necessidade de informação e ao enfermeiro compete proporcionar as “ferramentas” para que os adolescentes possam tomar decisões informadas. Existe uma forte ligação entre educação e empoderamento.

Lemos (2002) num estudo de impacto de um programa de educação sexual na cidade de Coimbra, revelou que as turmas que participaram em programas de educação sexual tiveram efetivamente aumentos significativos nos conhecimentos quando comparados com turmas que não participaram nos referidos programa Também Almeida et al (2003), refere que as gerações mais jovens de mulheres, que são simultaneamente as mais escolarizadas, referem amiúde a escola como lugar de aquisição de conhecimentos sobre questões como os mecanismos reprodutivos e os métodos contraceptivos, contrastando com as gerações mais velhas que, nestas matérias, foram sendo sobretudo informadas pelas amigas e colegas de trabalho.

“ Mesmo nas famílias em que existe uma comunicação com mais intensidade e eficácia, há que pensar que as práticas parentais e a comunicação entre progenitores e adolescentes continuarão a ter essencialmente um carácter informal e que, muitos progenitores e adolescentes continuarão a ter dificuldades reais na comunicação sobre este tipo de questões. Dificuldades estas que são inerentes às características da adolescência e, noutros casos, às incapacidades ou insuficiências dos progenitores neste campo específico” (...) “Sendo socialmente modelada, a sexualidade humana e as suas regras morais foram sendo construídas e modeladas nas transformações sociais mais globais, nas mudanças que se foram produzindo nas mentalidades e nas instituições com ela mais relacionadas, nomeadamente a conjugal idade e o campo das relações familiares” (Vilar, 2003).

A análise dos resultados permitiu enriquecer o relatório completando a implementação do projeto com a evidência dos resultados.

Com os dados obtidos com a implementação do projeto através das sessões de educação bem com os conhecimentos adquiridos através da análise dos resultados, vai ser possível implementar alterações nos projetos futuros podendo inclusive incentivar a presença de familiares permitindo assim o envolvimento destes, especialmente.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO**

Sendo a enfermagem a profissão que tem por foco de atenção o utente como sujeito dos cuidados numa perspetiva holística, compete ao enfermeiro que cuida do adolescente, a compreensão clara e a atribuição de sentido à experiência vivida por este, procurando uma aproximação à sua realidade e ao seu mundo.

Todo o curso de mestrado bem como o estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências a nível de saúde pública e comunitária, permitindo a visualização da pessoa como um todo, tendo em conta a satisfação das suas necessidades, assumindo assim uma visão holística da saúde

O desenvolvimento deste relatório foi, para mim, um empreendimento notável e extraordinário ao refletir sobre a sua organização e estrutura foram surgindo as dificuldades, primeiro na elaboração do projeto e posteriormente na sua implementação através da fase de intervenção. São essas dificuldades bem como os ganhos em termos de desenvolvimento profissional que relato nesta fase do relatório. Esta experiência além de enriquecedora, permitiu-me redesenhar a estrutura de projetos futuros utilizando todas as vantagens do planeamento em saúde.

A aplicação da metodologia do planeamento em saúde contribuiu para que toda a intervenção realizada fosse o mais próximo possível das necessidades dos adolescentes, além de reforçar os conhecimentos da mestranda, intervindo nas várias etapas do processo de planeamento.

“O mundo precisa efectivamente dos enfermeiros... precisa de enfermeiros que consigam diagnosticar problemas de saúde comunitária e instruir medidas de protecção, progresso e monitorização da saúde das populações como um todo...enfermeiros que consigam ensinar as pessoas a cuidar de si próprias”(Mahler,H, Action for Change in Nursing,WHO,1978:9)

O verdadeiro desafio do diagnóstico de situação feito anteriormente foi o de tentar compreender as atitudes dos adolescentes face a sexualidade, partindo deste entendimento o projeto tentou criar alternativas e estratégias para auxiliar os jovens a enfrentarem os problemas diagnosticados, e que põem em risco a qualidade e as suas vidas, planear a intervenção com base nas necessidades identificadas e nos problemas prevalentes, permitiu

elaborar um plano de intervenção o mais próximo possível dos adolescentes permitindo, assim uma assistência holística.

O desenvolvimento do projeto de intervenção em educação sexual pretendeu contribuir para a promoção da saúde sexual dos adolescentes, capacitando-os para uma vivência responsável integral e satisfatória da sexualidade com marcas de afetividade.

Os resultados da intervenção demonstram que os adolescentes têm uma expressão positiva da sexualidade. A intervenção apresenta-se assim como um contributo positivo para dar respostas às necessidades de informação dos adolescentes através de sessões de educação.

Iniciar o projeto com a análise do contexto e das necessidades permitiu definir os objetivos da intervenção e selecionar a estratégia mais realizável da intervenção, preparou-se a sua implementação, implementou-se, e avaliaram-se quer os processos quer os resultados. O recurso ao planeamento foi sem dúvida uma mais-valia para garantir a eficácia da intervenção.

Optou-se pela estratégia da promoção de saúde através de sessões de educação para a saúde, centradas em atividades desafiadores que foram eleitas de acordo com os objetivos que se pretendia alcançar com base na teoria de Bandura. O recurso a esta teoria foi um contributo muito útil por ser centrado não só no indivíduo, mas no grupo, ao ser orientado para as competências sociais, reconhecendo que o comportamento não depende apenas do indivíduo, mas também de uma rede social, cultural e contextual.

Para que as mudanças autorreguladas aconteçam as pessoas precisam de ter razões para as mudar, mas também de ter os meios e os recursos para o fazer, é necessário explicar aos adolescentes as razões da mudança para que eles percebam o porquê de as mudar, proporcionando-lhes assim os meios para que isso possa acontecer.

Ao depositarmos confiança na autoeficácia dos adolescentes para exercerem o controlo pessoal sobre os comportamentos, estamos a contribuir para que se altere o ambiente social, ao trabalhar a autoeficácia estamos, numa lógica de reciprocidade a trabalhar todos os outros elementos que condicionam os comportamentos.

Procurou-se analisar o impacto que a intervenção teve nos conhecimentos dos adolescentes no final de cada intervenção e compará-la com as demais intervenções feitas pelos outros grupos. A fase da avaliação torna-se assim uma fase pertinente, porque permite confirmar se efetivamente se promovem comportamentos saudáveis, se a intervenção contribui para a aquisição efetiva de conhecimentos que favoreçam comportamentos saudáveis dos adolescentes face a sexualidade e ao mesmo tempo, avaliar a performance dos formadores na ótica dos formandos.

Como salientado anteriormente, embora os resultados do projeto possam ser considerados na sua globalidade como um contributo importante, para a qualidade da intervenção,

confrontou-se com dificuldades e limitações que importa referir, depois de identificadas para proceder aos melhoramentos necessários em projetos futuros Benner (2001) faz alusão à importância da formação pela experiência para o desenvolvimento do conhecimento clínico e das competências em enfermagem assumindo que a “experiência refletida gera conhecimento e mudança, através da reflexão sobre a prática. Foram identificadas algumas situações que conduzem à dicotomia entre a teoria e a prática. Segundo Amendueira, 2006 “a concepção e a organização do ensino de enfermagem tem evoluído para o paradigma de educação reflexiva”.

A principal dificuldade da execução do projeto prendeu-se sobretudo na relação entre o tempo e as tarefas a desenvolver. Os adolescentes poderiam ter beneficiado mais caso fosse possível prolongar-se a ação no tempo, o facto de termos apenas 90 minutos para cada sessão e por turma para a realização das atividades não nos permitiu uma envolvimento e aproximação necessária aos alunos.

No início das sessões houve uma fraca participação dos alunos, mas, de um modo geral, no decorrer das sessões foram-se desinibindo, talvez porque as questões relacionadas com a sexualidade, ainda serem consideradas do foro íntimo e pessoal, resultante de uma educação parental nesse sentido. O pouco à-vontade para se exporem perante os professores e colegas, não foi solucionado pelo facto de projeto se limitar a uma sessão, não permitindo consolidar uma aproximação entre os formadores e os formandos.

O tema é muito vasto as necessidades identificadas foram muitas, todos os temas eram importantes contudo os critérios para a definição de prioridades ajudaram a prioriza-las.

As estratégias que foram adotadas nomeadamente o facto de ser em aula permitiu uma troca de ideias as atividades realizadas foram suficientes e bem traçadas face à finalidade que se pretendeu atingir com a implementação do projeto. No final da intervenção, os alunos manifestaram conhecimentos e interesse pelos vários temas e identificaram as principais informações transmitidas nas sessões.

A segunda limitação relaciona-se com o envolvimento dos pais e professores.

Faltou criar uma maior envolvimento com os professores e com os pais, a estes apenas foi pedida autorização para a realização do diagnóstico de situação. Estou convicta de que enriqueceria o projeto se os professores tivessem sido envolvidos na intervenção ou mesmo na preparação das sessões.

Os objetivos apenas foram dirigidos aos adolescentes não se envolveram os pais enquanto figuras de afeto mais próximas, ou mesmo os professores que ao abrigo da lei em vigor se deparam com a tarefa de implementarem o projeto de educação sexual. Apesar de os professores terem participado inicialmente, focalizando as necessidades, era importante

criar um espaço para dar voz aos familiares, no sentido de compreender as suas necessidades enquanto educadores, bem como perceber as suas preocupações no que se refere a educação sexual dos seus filhos, valorizá-los como principais figuras de afeto e de transmissão de valores, desmistificando mitos em relação às questões da educação sexual em contexto escolar.

A terceira limitação prendeu-se com os indicadores e a construção do instrumento de avaliação.

O instrumento de colheita de dados para a avaliação foi construído para avaliar não só o plano de execução bem como a intervenção, assim criou-se um questionário com várias perguntas.

Ao traçar os objetivos as dificuldades que surgiram foram conjugar a coerência da intervenção e a proporcionalidade entre os resultados esperados, os meios e o tempo disponível, os resultados obtidos através dos indicadores têm que traduzir os resultados da intervenção.

Apesar das dificuldades e limitações da implementação do projeto, a intervenção permitiu tirar algumas conclusões pertinentes.

É importante a intervenção em contexto escolar no âmbito da educação sexual conforme a última lei publicada em agosto que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.

O facto de ser uma intervenção com recurso a avaliação prévia do contexto e efetuada uma cuidada avaliação das necessidades da população.

O facto de ser enquadrada num contexto escolar.

O facto de poder ter sido avaliada abrindo caminho para futuras intervenções.

O facto dos resultados da avaliação estarem em consonância com os indicadores.

As metas traçadas foram atingidas na totalidade 80% de satisfação em todos os indicadores, em alguns itens até ultrapassadas.

São diversos os projetos em educação sexual, é necessário avaliar quais os reais benefícios que esses projetos têm em termos de mudanças efetivas de comportamentos numa perspetiva de promoção de saúde, ao projetar uma educação com base nas necessidades reais da população-alvo desenvolveram-se atividades com base nos recursos disponíveis, e nos valores das comunidades.

A intervenção foi de carácter preventivo os adolescente são um grupo considerado de risco para o grupo de estudos da saúde sexual e reprodutiva.

Nesta perspetiva, considero ter contribuído para o empoderamento deste comunidade, perspetivando que o cidadão é alguém livre com capacidade de liderança do seu processo de vida e saúde, o empoderamento surge assim como uma filosofia que consiste em dar poder à comunidade permitindo aumentar a eficácia do seu exercício de cidadania.

Para que o projeto possa chegar a mais alunos era importante ter continuidade, O trabalho desenvolvido mostra que ainda há muito caminho a seguir para melhorar. A educação sexual é uma área muito vasta, educar para a sexualidade é educar para a vida

O grau de desenvolvimento da prática de enfermagem depende do desenvolvimento do “auto-enfermeiro” aos vários domínios cognitivo, afetivo, motor como define a ordem dos enfermeiros. Foi nesta perspetiva que todo o curso de mestrado se desenrolou e se tornou no grande contributo no desenvolvimento do “Auto enfermeiro”.

“O grau de mudança na *Praxis* da Enfermagem, que emite um enfermeiro (Ser individual), está directamente relacionada com o grau de integração e síntese do conhecimento de Enfermagem / Sabedoria, que inclui: fundamentos de enfermagem (ciência e humanidades) e a essência de enfermagem, metodologia e de investigação disciplinada”. (Kalofissudis,2007)

“Cuidar é o ideal moral da enfermagem cuja finalidade é proteger promover e preservar a dignidade humana” (Silva, 2003)

O estágio é uma mais-valia na formação, parafraseando Dias 2005 “os modelos de formação para a competência visam ajudar de forma integrada cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas de tomada de decisão aprender a aprender e a refletir sobre as práticas o que pressupõe reflexão sobre a prática”

Os enfermeiros frequentemente referem dificuldades para desenvolver ações na comunidade visto cada vez mais estar a ser adotada uma política curativa em detrimento da promoção de saúde e prevenção de complicações. Compete ao enfermeiro provar cientificamente a vantagem de investir na educação para a saúde como forma de minimizar os custos com as complicações, quer em termos monetários quer em qualidade de vida.

“Torna-se assim fundamental o investimento na formação dos enfermeiros pois cada vez mais os resultados são determinados pela intervenção de enfermagem. Esta intervenção de enfermagem cujo processo de interação tem como centro de interesse a pessoa e o profissional deverá possuir conhecimentos específicos que lhe permite conceptualizar, organizar, interagir e registar o cuidado que ele próprio executa e controla”. (Amendoeira, 2000)

Embora esta etapa formativa termine aqui, este não é um processo acabado, ele tem que ter continuidade com uma série de atividades na prática do dia-a-dia, pois só assim se assegura o desenvolvimento profissional e a satisfação pessoal, é a implementação de novos métodos de trabalho, dos momentos de reflexão das paragens para pensar os problemas e a forma de os resolver que permitem a melhoria dos cuidados. Antonio Nóvoa, citado por Costa (1998 p.20) afirma que: “A formação não se adquire por acumulação de cursos e diplomas, mas sim pela reflexão critica sobre o trabalho do dia-a-dia, junto do utente, na aquisição e desenvolvimento das necessárias competências pessoais e profis-

sionais”, hoje pensar em enfermagem é pensar em alguém empreendedor capaz de responder as necessidades dos cidadãos recorrendo muitas vezes à inovação e à criatividade.

Investir no ser profissional ou no auto enfermeiro, é agir com racionalidade e com o menor risco possível de tal modo que sejam “profissionais altamente competentes que se preocupam antes de mais, com as necessidades de saúde da população que servem; capazes de orientar o futuro dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo sempre mais o seu saber; inovador, criadores”. (Sousa 1989,p.94)

“Cabe ao enfermeiro especialista em saúde comunitária ter um papel activo no desenvolvimento deste tipo de projectos pois, e segundo a OE, é a este que compete liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania e integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde. (OE, 2009)

Foi num contexto de educação formal que se desenvolveu o projeto de educação para a saúde, contribuindo para as mudanças comportamentais capazes de determinar uma autonomia com capacidades de escolhas informadas contribuindo para a autonomia pessoal e a responsabilidade social.

## **CONCLUSÃO**

A sociedade atual reflete indivíduos com dificuldades na construção de um projeto de saúde, existem ainda em muitas situações uma verdadeira iliteracia em saúde. Desenrolam-se transições importantes no atual sistema de saúde, no qual se pretende uma intervenção, o mais próxima possível do cidadão, bem como uma participação cada vez mais ativa do mesmo nos cuidados.

A evolução do conceito saúde começou a ser determinada pela evolução científica nas múltiplas áreas do conhecimento humano e nas compreensões dos fenómenos sociais bem como a sua influência no bem-estar e qualidade de vida das populações.

Tendo presente os resultados do projeto desenvolvido podemos concluir que as intervenções de educação para a saúde passam pela capacitação dos adolescentes, ao enfermeiro compete dar as ferramentas para a tomada consciente e informada, existido uma forte ligação entre educação e decisões assertivas. Em relação aos fatores de risco como podemos verificar nos resultados da intervenção, ainda há alunos com dificuldade e dúvidas em relação aos meios contracetivos, poi não é com uma sessão de educação que podemos esclarecer as dúvidas e abranger todas as necessidades de informação, que conduzam a uma mudança comportamental este é um processo que implica continuidade. Estudos indicam que um dos objetivos da educação é permitir a mudança de comportamentos, que permitam reduzir fatores de risco e aumentar os fatores de proteção.

As teorias e os modelos que surgiram no âmbito da educação para a saúde tentaram explicar a natureza dos comportamentos de saúde as influências a que estão sujeitos e propor estratégias que visem capacitar as populações e indivíduos para que se possam confrontar positivamente e liderar os seus processos de saúde. Para Sardinha, Matos e Loureiro (1999:12) “uma tomada de consciência das diversas teorias do comportamento e a capacidade de as aplicar na prática é o que distingue um profissional de qualidade de uma pessoa que se limita a desempenhar um conjunto de tarefas”

Segundo a OMS (1985) a educação para a saúde constitui a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na sociedade. A população é o grande recurso que nós enfermeiros podemos utilizar e desenvolver para a promoção da saúde.



Tornar a pessoa responsável pelo seus próprios comportamentos não é tarefa fácil, este é um processo que exige persistência, dedicação e acompanhamento.

A prática baseada na reflexão pretende maximizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas e comunidades.

Considera-se que a operacionalização desta metodologia de trabalho surge como uma nova ferramenta para a utilização e aplicação do cuidar em enfermagem, construindo um nível mais elevado de conhecimento com raízes no passado e reflexos no futuro, com maiores ganhos na promoção em detrimento do tratamento. Apesar disto e tendo em conta as considerações realizadas, o presente trabalho tem a pretensão de fornecer um contributo neste campo, motivando e direcionando outros profissionais neste sentido.

Esta é uma estratégia que pretende ter continuidade, pois este foi já o segundo curso de mestrado incidindo nesta temática em colaboração com as escolas do concelho, para a avaliação dos reais benefícios e resultados, bem como para darem o seu testemunho das alterações e benefícios sentidos.

Os enfermeiros devem reconhecer que constituem uma fonte de suporte para as comunidades educativas, contribuindo na ajuda e orientação na gestão eficaz da informação.

A educação para a saúde é imprescindível no sucesso do empoderamento das comunidades, é um processo longo e difícil, que necessita de acompanhamento para a vida, no entanto deve favorecer a autonomia da comunidade educativa.

Tendo em conta o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro que no preâmbulo define enfermeiro especialista como tendo:

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 2011:8648) proporcionando efectivos ganhos em saúde”

e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projetos de intervenção. Assim, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública definidas pela OEP assentam em:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Artigo 4.º publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 35, 2011:8667).

Com a especialidade em enfermagem comunitária pretende-se desenvolver competências nas áreas científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enferma-

gem de qualidade, de modo a executar intervenções estratégicas na sociedade, trabalhando em parceria com as comunidades, por forma a identificar as necessidades em termos de saúde.

Deve igualmente planear cuidados apropriados aos problemas identificados de maneira a existirem estilos de vida saudáveis e assumir conjuntamente a promoção da saúde sendo esta a pedra basilar das intervenções de enfermagem e ao mesmo tempo obter ganhos em saúde.

No processo de tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deve incorporar os resultados da reflexividade na sua prática.

Segundo Sprinthall & Collins (2008:405) a sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”.

A fase da adolescência marca, em definitivo, a afirmação de si mesmo e abertura aos outros ((Braconnier & Marcelli) É pela educação sexual que se promove o crescimento global do adolescente, se clarificam ideias numa fase caracterizada pela descoberta e consolidação de convicções. No geral, a educação sexual permite a transmissão e criação de uma base de conhecimentos passível de promover a saúde dos adolescentes, além de permitir a partilha de afectos, sentimentos e emoções,

Educar a sexualidade promove a criação de estilos de vida saudáveis, promotores de bem-estar, contribuindo para o bem-estar coletivo (Mendes, 2006).

Após a conclusão do relatório penso ter atingido os objetivos propostos no capítulo inicial, embora o relatório relate uma experiência de educação para a saúde numa comunidade educativa, todo o processo de planeamento implementação, análise, reflexão e avaliação são um produto inacabado e sempre passível de ser melhorado.

Os resultados esperados com a implementação do projeto tiveram por base as finalidades do diagnóstico do Programa Nacional de Saúde Escolar ou seja, contribuir para reduzir os casos de gravidez na adolescência, violência e comportamentos de risco nomeadamente referente ao HIV/SIDA, isto é, espera-se contribuir para que os jovens adquiram competências e hábitos de vida saudáveis a nível da saúde sexual e reprodutiva, porque morrem menos adoecem menos e sofrem menos por estas causas.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados. Ottawa: 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 10 de Abril de 2011 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm) Disponível em: <http://www.hsj.gr>. (Consultado em 10 de Junho de 2011)
- Almeida, J.M.R (1987). A adolescência e maternidade. Temas actuais. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Amendoeira, José (2006). Uma biografia partilhada da enfermagem. A segunda metade do século XX. Coimbra. Formasau. ISBN:972-8485-67-0
- Andrade, M. (1995). Educação para a saúde: Guia para Professores e Educadores. Lisboa: Texto Editora, 11-16
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive
- Beaglehole, R.; Bonita, R. & Kjellström, T. (2003). Epidemiologia Básica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Bolander, V. (1998). Saúde, Doença e Cuidados de Saúde – Conceitos em Mudança. In Sorensen e Luckmann (org.), Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica. (1.ª edição, pp. 31-52). Lisboa: Lusodidacta
- Braconnier, A.& Marcelli, D. (2000). As mil faces da adolescência. Lisboa: Climepsi Editores
- Cabral-Cardoso,C; Estevão, C; Silva, Paulo-competências transversais soa diplomados do ensino superior. TecMinho/gabinete de formação contnua.2006

Câmara Municipal de Portalegre. Acedido em 20 de Junho de 2011 em [http://www.cm-portalegre.pt/resources/2785/mapa\\_concelho2.gif](http://www.cm-portalegre.pt/resources/2785/mapa_concelho2.gif)

Chaves, Liliana- disfunções sexuais femininas. In Nursing, dezembro 2007-pp6-10

Collière, Marie Françoise (1989). Promover a Vida . Sindicato dos enfermeiros Portugueses, 338-340

Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, pp. 1 – 5.

Cordeiro, M. (2009). O Grande livro do Adolescente – Dos 10 aos 18 anos (1.ª edição). Lisboa: A Esfera dos Livros

Correa, A & Neto, S. (2004). Gravidez Adolescência. In Portal dos Psicólogos em 24 de Junho

Costa, Maria Arminda (1999). Enfermeiros: dos percursos da formação á produção de cuidados. Lisboa: Editora fim de século

Dias, J.D. (2006). Criar valor através das pessoas. Sílabo: Lisboa

Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2008). Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa: DGS. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=551955436077AAAAAAAAAAAA>

Eggleston, E.; Jackson, J; Rountree, W. Pan, Z (2000), “Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica” in Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 7 (2), 102-112

Escola Cristóvão Falcão de Portalegre. Agrupamento n.º 2. Acedido a 01 de Dezembro de 2011 em <http://ebcf.edu.pt/joomla/>

Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2006). História. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.esms.pt/historia.htm>

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

- Ferreira, M. & Nela, P. (s.d.). ADOLESCÊNCIAS... ADOLESCENTES.... In Educação, ciência e tecnologia. Acedido em 05 de Junho de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum32/11.pdf>
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). Adolescências... adolescentes.... In Educação, Ciência e Tecnologia, 32, 141-160. Acedido em 06 de Novembro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum32/11.pdf>
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio – Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. Servir, 3 (volume 52), pp. 132-137
- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C. & Vilar, D. (2003). Educação Sexual na Escola – Guia para professores, formadores e educadores. Lisboa: Texto Editora
- Gonçalo, M. (2002, Dezembro). A Mãe Menina. Nursing, 172 (14), 10-15  
<http://www.planeamentofamiliar.com/metodos-contraceptivos/>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Obras Avulsas
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 – Resultados preliminares região do Alentejo. XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação. Acedido em 07 de Junho 2011 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=70631&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=70631&DESTAQUESmodo=2)
- International Council of Nurses (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Acedido em 05 de Dezembro de 2011
- International planned parenthood federation, (2003). The right to know: human rights and access to reproductive health information, Acedido em 14 de Setembro 2012 em [www.sm.ee/fileadmin/meedia/.../IPPF](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/.../IPPF)
- Isabel, D. (s.d.). Projecto para acolher jovens grávidas arranca no final do ano. In Jornal Digital ESEP. Acedido em 24 de Junho de 2011 em <http://www.esep.pt/jornal/modules.php?name=News&file=article&sid=368>
- Kalofissudis, I., The Theory of Nursing Knowledge. Health Science Journal. ISSUE
- Leme, Rogério (2005). Aplicação Prática de Gestão de Pessoas por Competências:

- Lemos, E. (2002), “O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis” in *Sexualidade & Planeamento Familiar*, nQ 33, 43-49
- Machado, Maria Manuela Pereira (2009). Adesão ao regime terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo do enfermeiro. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Dissertação de Mestrado.
- Martins, M.F. (2007). Familia y educación de los adolescentes: análisis y valoración de las familias de un distrito del Norte Alentejano ante su papel y el de las otras fuentes de educación. y base de futuras intervenciones en esta comunidad. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermaría), Cáceres Contribución para el conocimiento.
- Matos, M. G. (2008). Sexualidade, segurança & SIDA: Estado da arte e propostas em meio escolar. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Mendes, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *Nursing*, 212, pp. 37-43
- Milnes, K. (2004). What lies between romance and sexual equality?: A narrative study of young women’s sexual experiences. *Sexualities, Evolution & Gender*, 2-3 (6), pp. 151-170
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. Diário da República, 1.ª série – A, n.º 240, 5784-5786
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro: Gabinete da Ministra. Diário da República, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516.
- Ministério da Educação. (2011). Nova Escola. Acedido a 25 de Junho de 2011 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 Fevereiro - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669

Ordem Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Acedido a 10 de Março de 2011 <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento>

Organização Mundial de Saúde (OMS); Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, Ottawa, Canadá. 17-21 Novembro. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 1986.

Organização Mundial De Saúde (OMS); Problemas de salud de la adolescência. Série de Informações Técnicas. Genebra. OMS. 1965: 308,29.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004-2010. ISBN 972-675-109-8. Lisboa: Ministério da Saúde. 2004.

Promoção da Saúde nos Países Industrializados. Ottawa: 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 10 de Abril de 2011 em [http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm)

Reis do Arco, A. (2011). *Teorias e Modelos na Promoção da Saúde*. Manuscrito não Publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.

Ribeiro, J.L.P (1998). Psicologia e saúde. Lisboa: instituto superior de psicologia aplica

Rodrigues, M, Pereira, A, & Barroso, T.(2005) Educação para a saúde: Formação Pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: formasau

Saavedra, L., Nogueira, C. & Magalhães, S. (Janeiro-Março, 2010). Discursos de Jovens Adolescentes Portugueses sobre a Sexualidade e Amor: Implicações para a Educação Sexual. In Educação & Sociedade, 110, (volume 31), 135-156. Acedido a 01 de Dezembro de 2011 em <http://www.cedes.unicamp.br>

Sampaio, D., Baptista, M., Matos, M. & Silva, M. (2007). Grupo de Trabalho da Educação Sexual: Relatório Final. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Acedido em 06 de Janeiro em <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=107>

- Sardinha, L.B., Matos, M.G., e Loureiro (1999). Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Lisboa: FMH edições
- Saúde e Sexualidade Juvenil. In Portal da Juventude. Acedido em 19 de Dezembro de 2011 em <http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/SexualidadeRelacoes/Paginas/AsRela%C3%A7%C3%B5esAmorosas.aspx>
- Sousa, Maria Dulce Dinis de 1989, L'infirmier de l'avenir sa formation citado por luisa ser-ra velez em revista sinais vitais, p.44 nº87 novembro 2009 issn 0872-8844
- Stanhope, M. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), Enfermagem Comunitária (4.ª edição – pp. 492-517). Lisboa: Lusociência
- Stanhope, M. e Lancaster, J.; Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e indivíduos. Lisboa. Lusociência. 1999. 4ª Edição.
- Stanhope, M.& Lancaster, J. (1996). Community Health Nursing (4th Edition). St. Louis: Mosby-Year Book
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde
- Tavares, A.; Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa. Hospital Dona Estefânia. 1990..
- Vaz, J., Vilar, D. & Cardoso, S., (1996) A educação sexual na escola. Lisboa: Universidade Aberta. Acedido em 15 de Dezembro de 2011 em [http://sitio.dgdc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES\\_RELATORIO\\_FINAL.pdf](http://sitio.dgdc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf)
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes. Lisboa: APF
- Vilar, D. (2002). Falar Disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes. Lisboa: Edições Afrontamento
- Vilar, D. (2003). Falar Disso, a Educação Sexual na Família dos Adolescentes. Porto: Edições Afrontamento (Original publicado em 2002)



- Vilar, D. (2004). Os últimos três anos. Sexualidade & Planeamento Familiar, 38/39,(pp. 3-6). Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- Vilar, D. (2005, Julho-Setembro). A Educação sexual faz sentido no actual contexto de mudança? In Revista Educação Sexual em Rede, 1, 8-14. Acedido em 08 de Novembro de 2011 em [http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS\\_DV.pdf](http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf)
- Vilelas, J. (2009). A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente. Coimbra: Formasau

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I - cronograma**

	2011	2012	
	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Diagnóstico de Situação			
Elaboração do Projeto de Intervenção			
Reuniões com as direções da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão			10 de Fevereiro – Escola Secundária Mouzinho da Silveira  14 De Fevereiro de 2012 – Escola EB 2,3 Cristóvão falcão
Organizar as sessões de informação para os adolescentes			
Entrega do Projeto de Intervenção			

## **Apêndice II - Horário das sessões de educação**

10 de Abril de 2012 (3º feira) 2 grupos	11 de Abril de 2012 (4ª feira) 2 Grupos	12 de Abril de 2012 (5ª feira) 3 Grupos	13 de Abril de 2012 (6ª feira) 2 Grupos	16 de Abril de 2012 (2ª feira) 1 Grupo
08.30 – 10.00 9º C – Prof. Ausenda <b>Cristóvão Falcão</b> <b>Grupo IV</b>	08.30 – 10.00 9º B – Prof. Ausenda <b>Cristóvão Falcão</b> <b><u>Grupo II</u></b>	08.30 – 10.00 9º D – Prof. Gonçalo <b>Cristóvão Falcão</b> <b>Grupo III</b>	10.15 – 11.45 CEF – Prof. Paula Ferreira <b>Mouzinho da Silveira</b> <b>Grupo III</b>	08.30 – 10.00 CEF – Prof. Nelson <b>Cristóvão Falcão</b> <b>Grupo I</b>
10.15 – 11.45 8º D – Prof. A definir <b>Mouzinho da Silveira</b> <b><u>Grupo II</u></b>	10.15 – 11.45 9º D – Prof. Ana Santana <b>Mouzinho da Silveira</b> <b>Grupo I</b>	10.15 – 11.45 9º C – Prof. José Coelho e Filipa Neto <b>Mouzinho da Silveira</b> <b>Grupo IV</b>	10.15 – 11.45 8º B – Prof. Rosa Pinheiro <b>Mouzinho da Silveira</b> <b>Grupo IV</b>	13.40 – 15.10 9º A – Prof. Ausenda <b>Cristóvão Falcão</b> <b>Grupo I</b>
11.55 – 13.25 8º A – Prof. Rosa Pinheiro <b>Mouzinho da Silveira</b> <b><u>Grupo II</u></b>		10.15 – 11.45 8º C – Prof. Graça Garlão <b>Mouzinho da Silveira</b> <b>Grupo I</b>	11.55 – 13.25 9º B – Prof. Ana Venâncio <b>Mouzinho da Silveira</b> <b>Grupo III</b>	
14.20 – 16.00 9º A – Prof. António Relvas <b>Mouzinho da Silveira</b> <b><u>Grupo II</u></b>				

### **Apêndice III – Plano de Sessão tipo**

## PLANO DE SESSÃO

Data: **Abril de 2012**

Formadores: **XXXXX**

Local de Formação: **Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola EB 2,3 Cristóvão Falcão**

Tema: **Sexualidade na adolescência**

Recursos: **Humanos – Formadores**

**Materiais – Computador portátil, projetor multimédia**

**Metodologia:** Expositiva / Participativa

Objectivos	Temas	Tempo previsto	Avaliação
a. Compreender a importância das relações íntimas do desenvolvimento de cada um	Sexualidade e relações amorosas	90 Minutos	Questionário
b. Conhecer as diversas formas de violência e de abuso sexual	Violência Sexual		
c. Reconhecer situações de abuso sexual, as estratégias dos agressores e identificar soluções e procurar ajuda;			
d. Identificar as implicações da gravidez na adolescência: aspetos sociais e Individuais	Gravidez na Adolescência		
e. Conhecer o enquadramento legal da Interrupção voluntária da gravidez			
f. Conhecer o IST mais frequente e os modos de transmissão de cada uma delas	IST		
g. Conhecer os serviços adequados e os recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva			



#### **Apêndice IV - Folheto**

## **A Sexualidade**



*É uma energia que nos motiva a  
procurar amor, contacto, ter-  
nura e sensualidade;*

*Integra-se no modo como nos  
sentimos , movemos, tocamos e  
somos tocados;*

*É ser-se sensual e ao mesmo  
tempo sexual.*

*Influencia pensamentos, senti-  
mentos, acções e interações e  
por isso influencia também a  
nossa saúde física e mental.*

*Organização Mundial da Saúde*

## **Linhas Telefónicas de Ajuda**

**Centro de Saúde de Portalegre**

Telf.: 245302050

**SOS SIDA**

Telf. : 808 20 10 40

**Sexualidade em Linha**

Telf. : 808 222 203

**SOS Estudante**

Telf.: 808 200 204 / 969554545.

Horário: dias úteis das 18 às 01 horas  
(excepto as férias escolares)

**SOS Mulher**

Telf.: 808 200 175

Horário: dias úteis das 11 às 18 horas

**Linha da Juventude**

Telf.: 707 20 30 30

---

Elaborado por Estudantes

II Mestrado em Enfermagem Comunitária

Escola Superior de Saúde de Portalegre

Ana Henriques e Valentyna Romashchuk





## Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

São doenças infecciosas provocadas por organismos que se transmitem por contacto sexual, quando um ou mais parceiros estão infectados.

Algumas doenças de transmissão sexual:

SIDA, Sífilis, Hepatite B, Gonorréia, Tricomoníase, Herpes Genital, Uretrite, Sarna e Piolho Público,...

Uma pessoa infectada pode não apresentar qualquer sinal ou queixa de doença, mas pode transmitir a doença.

Como se pode prevenir

- \* A melhor forma é evitar ser contagiado
- \* Utilizar sempre e de forma correcta o preservativo. (Deve ser colocado no início da relação sexual, porque os contactos preliminares já constituem perigo.)
- \* O risco de contrair uma ITS aumenta quanto mais elevado for o número de parceiros sexuais e/ou ocasionais.

Sempre que suspeite de uma ITS, procure ajuda junto de profissionais de saúde. Pode encontrá-los nos Centros de Saúde, nos Hospitais e nos Centros de atendimento a Jovens.

Esclarece as dúvidas

Fala com um profissional de saúde

**BASTA UMA RELAÇÃO SEXUAL NÃO PROTEGIDA PARA A PESSOA SER INFECTADA**



## Gravidez

Uma gravidez deve ser planeada e desejada de uma forma responsável, para que seja vivida com a maior tranquilidade e prazer.

Um casal quando inicia a sua actividade sexual, deve fazê-lo de uma forma consciente e responsável, utilizando sempre algum método contraceptivo.



## Métodos contraceptivos

⇒ *Métodos de Barreira: Mecânicos (Preservativo e Diafragma) e Químicos (espermicidas).* São desenvolvidos para impedir o espermatozoide de entrar no útero. Protegem de uma gravidez indesejada sem actuarem no ciclo hormonal, não existindo efeitos secundários relacionados com factores hormonais.



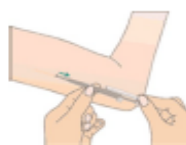
**Preservativo (masculino/feminino)** É única forma de contraceção que oferece protecção contra IST, se utilizado adequadamente.

**Espermicidas** – São geleias, cremes, cones ou supositórios que se introduzem na vagina antes da relação sexual e neutralizam a acção dos espermatozoides. São pouco seguros em relação à prevenção da gravidez e também das IST.

**Lequeação de trompas (na mulher) e Vasectomia (no homem)** – São interrupções cirúrgicas dos circuitos normais de fecundação, efectuada por meio de cirurgia. São métodos definitivos e eficazes. Não previnem o contágio das IST.

⇒ *Métodos hormonais* São uma forma reversível de contraceção; a mulher pode ficar grávida assim que interromper a sua utilização.

**Pílula** – comprimido de composição hormonal que impede a ovulação. É um método muito eficaz, mas não evita as ITS.



**Implante** – Uma pequena cápsula de plástico contendo um reservatório de hormonas que é inserida na parte superior do braço através de uma mini cirurgia realizada por um médico. É eficaz durante 3 anos. Não previne o contágio das IST.



**Adesivo contraceptivo** – Um adesivo quadrangular, contém hormonas e é colocado no abdómen, coxas, nádegas ou parte superior do braço da mulher. Deve

ser mudado semanalmente durante 3 semanas, seguido de uma semana de pausa. Não evita o contágio das IST.

**Sistema de libertação vaginal** – é um anel vaginal que contém hormonas e é inserido na vagina. Mantém-se colocado durante três semanas e é depois removido, para uma semana de pausa. Depois deve inserir-se um novo anel vaginal. Não protege contra as ITS.

**Dispositivo Intra Uterino (DIU)** – É um pequeno dispositivo de plástico revestido com fio de cobre que é inserido no útero. A inserção é feita em consulta médica. É um método muito eficaz, mas não previne as ITS.



## Contraceção de emergência

É a utilização de um produto hormonal semelhante à "pílula". Deve ser usado nas primeiras 72 horas após uma relação sexual desprotegida, ou quando houver falha ou erro no método contraceptivo.



## IVG

**Interrupção Voluntária da Gravidez**, após confirmação da gravidez com teste e/ou consulta médica, a mulher pode decidir, face às circunstâncias em que esta ocorre, solicitar a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação.

A mulher pode fazer o pedido de IVG em estabelecimentos de saúde públicos ou em estabelecimentos privados oficialmente reconhecidos. A IVG pode ser feita através de fármacos – o método medicamentoso – ou através de aspiração – o método cirúrgico. A decisão será tomada em função da situação clínica da mulher, dos recursos disponíveis no estabelecimento de saúde e da escolha da mulher.

## **Apêndice V – CD sessão tipo**

[E:\apresentação hoje.pptx](#)

[E:\Como usar um preservativo.wmv](#)

[E:\Corta com a Violência Quem no te respeita no te merece\[1\].wmv](#)

[E:\Sexualidade.wmv](#)

## **Apêndice VI - Questionário de avaliação**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

1. Achas importante este tipo de formação sobre adolescência e sexualidade?

☐ Sim ☐ Não

Justifica

---

Assinala (com X na quadrícula) a tua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

2. Estás satisfeito com os temas apresentados?

☐ Muito Insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Nem satisfeito, Nem insatisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

3. Os meios utilizados foram adequados?

☐ Sim ☐ Não

4. Relativamente às informações fornecidas encontras-te

☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Nem satisfeito, Nem insatisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

5. Quanto ao domínio do temas pelos formadores consideras que estes foram

☐ Maus ☐ Insuficientes ☐ Suficientes ☐ Bons ☐ Muito Bons

6. Consideras que as tuas dúvidas foram esclarecidas de forma adequada

☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Nem satisfeito, Nem insatisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito Satisfeito

7. A adolescência é uma etapa da vida marcada pela responsabilidade e liberdade.

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

8. Identifica pelo menos dois afectos que podem estar envolvidos na sexualidade

---

9. O preservativo só evita a gravidez.

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

10. O uso de pílula previne as IST.

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Muito obrigado pela vossa colaboração

## **ANEXOS**



## **ANEXO I - Letra da música escolhas Sara Tavares**

## **Escolhas**

**Sara Tavares**

Parecia fácil, mas havia confusão  
Já não sabia, se dizer sim ou não.  
Entrar na onda, era fácil aguentar  
O que assustava, era como ia acabar.

Os pensamentos começaram a correr  
E de repente, eu já estava sem saber  
Se tudo aquilo em que eu sempre acreditara (sempre acreditara)  
No meio de toda esta loucura  
la acabar por ser só mais uma mentira.  
Foi como ouvir alguém dizer

Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém  
Tenho liberdade p'ra viver  
A minha vida mal ou bem.  
Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém.  
O que escolho fazer hoje  
Vou vivê-lo amanhã.

Tinha vontade, de deixar de lutar  
Contra o que sabia que era melhor evitar.  
Só uma vez não iria mudar nada  
Pensar no fim é que ainda me assustava.

Os pensamentos começaram a correr (os pensamentos a correr)  
Mas de repente, eu já estava sem saber (estava sem saber)  
Se tudo aquilo em que eu sempre acreditara (acreditara)  
No meio de toda esta loucura  
la acabar por ser só mais uma mentira.  
Foi como ouvir alguém dizer

Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém  
Tenho liberdade p'ra viver  
A minha vida mal ou bem.  
Sei que posso fazer tudo,  
Mas nem tudo me convém.  
O que escolho fazer hoje  
Vou vivê-lo amanhã.